

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACI
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACI СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACI ИННОВАЦИОН РИВОЖЛАНИШ ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



“ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТДА ЮҚОРИ ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ”

мавзусидаги республика
илмий – амалий анжумани

МАТЕРИАЛЛАРИ

АНДИЖОН – 2020 йил

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Научный редактор -	Мадазимов М.М., доктор медицинских наук, профессор
Ответственный редактор -	Ходжиматов Г.М., доктор медицинских наук, профессор
Члены редакционной коллегии -	Нишонов Ф.Н., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Арзикулов А.Ш., Турсунов Х.Х., Асранкулова Д.Б., Худайбердиев К.Т., Салохиддинов К.З., Кузибаева М.М., Маматхужаева Г.Н., Бустанов Ш.Я.
Редакторы по компьютерной графике -	Утанов З.М., Жохонгиров Ж.А., Абдурахмонов С.Х., Бекташев И.Б.



Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы

© Андижанский государственный медицинский институт, 2020 г.

I - Внутренние болезни

МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ НЕКОТОРЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р., Ниязова Я.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Остаются неизученными многие аспекты влияния на микрососудистое звено системы кровообращения при АГ гипотензивных фармакопрепаратов. Ограниченный перечень лекарственных средств, ранее применяемых для лечения АГ, не позволял исследователям широко изучать фармакологию МЦ. Учитывая существующее многообразие гипотензивных фармакопрепаратов с разными механизмами действия, в частности, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), агонистов имидазолиновых рецепторов (И-ИР), антагонистов кальция (АСа²⁺), представляется актуальным с научно-практической точки зрения исследование их влияния на расстройства МЦ при АГ с учетом степени повышения АД, ФР, ПОМ и поиск путей избирательной коррекции нарушений в МЦР в зависимости от их исходных особенностей.

Цель исследования. Оценить состояние МЦ при АГ на новом техническом и методическом уровне исследования МЦР с учетом степени повышения АД, ФР, ПОМ и охарактеризовать влияние на МЦ отдельных гипотензивных фармакопрепаратов.

Всего обследовано 140 пациентов с АГ 1-3 степени 2-4 степени риска. Среди обследованных было 48 мужчин и 92 женщины в возрасте от 30 до 65 лет. Обследованные пациенты были из числа находящихся в стационаре дневного пребывания или на обследовании и лечении в кардиологическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. АГ 1-й степени нарушений ангиоархитектоники, гемодинамики, тонуса артериол и собирательных венул выявлено не было. Среди пациентов АГ 2-й степени несколько чаще, чем в контроле отмечали, прежде всего, нарушения ангиоархитектоники и гемодинамики в виде начальных и умеренных изменений геометрических характеристик артериолярного и посткапиллярного звена МЦР конъюнктивы у 41,2% обследованных.

Особенно выраженными в сравнении с контролем нарушения тонуса артериол и собирательных венул, структуры микрососудов в виде извитости капилляров, посткапиллярных и собирательных венул, местами с наличием микроаневризматических расширений становились в группе пациентов с АГ 3-й степени. Они заключались в формировании у 29% обследованных ($X^2=4,24$; $p<0,05$) гипердинамического или ишемического типов гемодинамики в МЦР. Нарушения структуры кровотока и барьерной функции сосудов у пациентов с АГ 3-й степени также были отмечены чаще, чем в контроле, однако они не доминировали среди вышеуказанных признаков.

Согласно приведенным данным морфометрического анализа МЦР у пациентов с АГ 1-й степени в сравнении с контролем нарушений морфометрических параметров МЦР не отмечено. При АГ 2-й степени происходит дилатация собирательных венул и возрастание удельного количества посткапиллярных венул. Отмечается также тенденция к спазму артериол с формированием артерио-венозных перекрестов. Количество функционирующих капилляров сохраняется без существенных сдвигов. С возрастанием АГ до 3-й степени нарастает спазм артериол, еще более выраженной становится дилатация собирательных венул, что ведет к снижению артериоло-венулярного соотношения. При этом количество посткапилляров снижается и происходит разрежение капиллярной сети.

По результатам проведения пробы с нитромином установлено, что у 6 из 8 пациентов АГ 1-й степени (75%) реактивность структур МЦР была сохранена. Что касается пациентов с АГ 3-й степени, то только у 3-х (42,8%) из них ответ на нитроминт был сохранен. У большей части пациентов этой группы имел место гипореактивный тип ответа на нитроминт со слабым гипотензивным эффектом. (САД $148,3\pm 8,9$ против $140,7\pm 8,4$ мм рт. ст., $p>0,05$; ДАД $87,8\pm 5,7$ против $85,4\pm 4,6$ мм рт. ст., $p>0,05$; ЧСС $83,2\pm 5,3$ против $81,6\pm 6,1$ в 1 минуту, $p>0,05$), что свидетельствовало о нарушении эндотелий-независимой вазодилатации и снижении функциональных резервов МЦ русла при АГ 3-й степени.

Таким образом, у пациентов с АГ без ПОМ выявлена связь происходящих на уровне МЦР сдвигов с уровнем АД. При АГ 1-й степени нарушений МЦ не наблюдается. Для АГ 2-й степени характерными становятся гипердинамические сдвиги в МЦР с возрастанием объема собирательного звена МЦР. Для АГ 3-й степени - нарастание спастических явлений в приносящем звене МЦР (артериолы) и разрежение капиллярной сети. Выявленная динамика изменений в системе МЦ при эволюции АГ, по-видимому, развивается в ответ на возрастание АД и является компенсаторной, препятствующей перегрузке давлением капиллярного звена МЦР. Полученные сведения о состоянии МЦР могут дополнить существующую градацию АГ по степеням.

Вывод. Предложено включать в протокол обследования пациентов с АГ проведение компьютерной ВБМСК для получения представления о характере расстройств МЦ с учетом степени повышения АД, ФР и ПОМ.

Данные тестирования показателей МЦ рекомендовано использовать при выборе пациентам с АГ гипотензивных препаратов для избирательной фармакологической коррекции расстройств МЦ с учетом сопутствующих ФР, ПОМ и АКС.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

*Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р., Ниязова Я.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Определенные перспективы в выявлении бактериальной природы ИЭ связаны с определением прокальцитонина (РСТ), уровень которого закономерно повышается при сепсисе. Результаты немногочисленных

исследований последних лет, посвященных изучению маркеров воспаления (ФНО α , СРБ) и РСТ, обнаруживают противоречивые данные о значении этих показателей при ИЭ, нередко отсутствие клинико-лабораторных сопоставлений и их динамического определения.

ИЭ приводит к развитию недостаточности кровообращения (НК), часто "резистентной к терапии вследствие деструкции клапанного аппарата. Исследование предшественника натрийуретического пептида (NT-pro-BNP) как маркера НК может иметь значение в выявлении данной группы больных и их своевременном кардиохирургическом лечении. Однако данный фактор при ИЭ практически не изучен.

Цель исследования. Изучить динамику показателей воспаления (СРБ, ФНО α), прокальцитонина (РСТ) и предшественника натрийуретического пептида (NT-pro-BNP) для уточнения их диагностического значения у больных ИЭ.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 66 больных с различными формами инфекционного эндокардита (ИЭ), находившихся на лечении в клинике АГМИ и наблюдавшихся в последующем амбулаторно в период с 208 по 2019 год.

Результаты исследования. Первичный ИЭ (ПИЭ) развивался преимущественно в возрасте до 30 лет (45,7%). При поступлении преобладали гектическая лихорадка (37,4%), спленомегалия (81,3%), II ФК НК (54,3%), тромбоэмболические осложнения (82,9%). У 40% больных с ПИЭ была выделена группа *Staphylococcus spp.*, отрицательные результаты гемокультуры были в 10 случаях (28,6%). У большинства обследованных выявлялись признаки активности инфекционно-токсических проявлений: лейкоцитоз (71,4%), спленомегалия (81,3%), тромбоцитопения (61,8%). Уровень лейкоцитов коррелировал с лихорадкой ($r=0,405$), СОЭ ($r=0,531$), размерами селезенки ($r=0,390$), наличием тромбоэмболий ($r=0,413$) ($p<0,05$). Выявлены корреляционные связи уровня тромбоцитов с размерами селезенки ($r=-0,472$) и развитием иммунокомплексных осложнений ($r=-0,535$) ($p<0,05$). У трети больных наблюдалось тяжелое течение заболевания, требующее длительного наблюдения в условиях реанимации. Достоверно чаще пациенты с ПИЭ погибали в ранние сроки заболевания (37,1%), чем в отдаленный период - 8,6% ($p<0,05$).

Через 3 недели терапии у 46,2% выживших сохранялось повышение температуры. Наиболее высокие показатели лейкоцитов и СОЭ наблюдались при тяжелом и осложненном течении ИЭ, сохраняющейся лихорадке ($p<0,05$). Нарастание тромбоцитопении и повышение СОЭ на фоне терапии коррелировали с исходом заболевания ($r=0,636$ и $r=-0,436$, соответственно) ($p<0,05$).

Вторичный ИЭ (ВИЭ) достоверно чаще развивался у лиц пожилого возраста (61,3%) (рис. 1). В этой группе при поступлении в преобладала субфебрильная лихорадка (38,7%), III-IV ФК НК (54,8%). Тромбоэмболии регистрировали в 1,5 раза реже, чем в I группе ($p<0,05$), а отрицательные результаты гемокультуры - в 2 раза чаще.

Установлены корреляции уровня тромбоцитов с размерами селезенки ($r=-0,424$) и развитием иммунокомплексных осложнений ($r=-0,475$). Тяжелое течение заболевания, требующее длительного наблюдения в условиях реанимации, отмечалось в 2 раза реже, чем при ПИЭ. Больные с ВИЭ имели неблагоприятный отдаленный прогноз: 32,3% погибли в сроки, превышающие 3 недели от начала терапии ($p<0,05$).

Через 3 недели терапии у 36,4% выживших сохранялась лихорадка. Наиболее высокие показатели лейкоцитов в этот период наблюдались у больных с тяжелым и осложненным течением ИЭ ($p<0,05$). Нарастание тромбоцитопении и повышение СОЭ, как и при ПИЭ, достоверно коррелировали с исходом заболевания ($r=0,469$ и $r=-0,336$, соответственно).

Таким образом, повышение NT-pro-BNP является закономерным для большинства больных ИЭ. Установлены достоверные связи уровня пептида с ФК НК, морфо-функциональными изменениями миокарда и осложненным течением ИЭ. Отсутствие положительной динамики на фоне терапии является прогностически неблагоприятным фактором.

Мы сопоставили результаты исследования факторов воспаления (ФНО α , СРБ), РСТ и NT-pro-BNP у больных на разных этапах течения ИЭ. При поступлении у большинства пациентов отмечалось закономерное увеличение всех изучаемых показателей. Установлены достоверные корреляционные связи уровней СРБ и РСТ ($r=0,518$), СРБ и ФНО α ($r=0,466$), РСТ и ФНО α ($r=0,351$) в этот период.

Через 3 недели терапии наблюдалась однонаправленная тенденция к снижению всех показателей, наиболее выраженная для РСТ и СРБ (рис. 3Б). Выявленные прямые корреляции динамики уровней СРБ, РСТ и NT-pro-BNP указывают на связь активности воспаления с поражением миокарда при ИЭ.

Результаты исследования показали, что определение ФНО α , СРБ и РСТ является важным аспектом в оценке воспаления при ИЭ. ФНО α - наиболее чувствительный и информативный маркер воспаления на всех этапах течения заболевания. При снижении уровней СРБ и РСТ через 3 недели и нормализации в послегоспитальном периоде концентрация цитокина сохранялась высокой (через 3 недели, 6 месяцев). Многомесячное повышение показателей ФНО α при клиническом благополучии свидетельствует о персистенции воспаления у больных ИЭ в послегоспитальном периоде и обосновывает необходимость длительной терапии.

Вывод. Выявленные изменения содержания СРБ, ФНО α , РСТ, NT-pro-BNP у больных ИЭ могут служить дополнительными диагностическими критериями, позволяющими уточнить активность воспалительного процесса, его бактериальную природу и оценить тяжесть течения заболевания. Динамическое исследование показателей помогает уточнить их информативность на различных этапах болезни, своевременно выявить осложнения ИЭ. Установленные клинико-лабораторные связи позволяют использовать динамическое исследование маркеров в качестве дополнительных критериев оценки эффективности терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И МЕХАНИЗМОВ ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

*Абдувалиева Г.Т., Ниязова Я.М., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Гломерулонефриты представляют важный раздел «временной медицины, составляя, по данным Б.И. Шульпесо (2002), 36,76% всей патологии почек. В последние годы появилось много работ, посвященных роли эпителиальных нарушений в генезе терапевтической патологии. Так как иммунологические процессы, происходящие при

ХГН непосредственно затрагивают сосудистую стенку клубочков почек, а синдром артериальной гипертензии часто встречается при ХГН, не исключена возможность участия эндотелия в патогенезе почечной патологии. Вместе с тем данный аспект патогенеза ХГН и роль клеточного звена (Э) в гемостазе при ХГН. Нарушения гемостаза с формированием тромбозов - это частое осложнение при многих формах ХГН.

Цель исследования. Целью данного исследования является комплексная оценка и установление взаимосвязей между особенностями клинического течения ХГН и морфологической принадлежностью заболевания, а также изучение состояния эндотелия и эритроцитарного звена гемостаза (в динамике) при различных клинических вариантах заболевания и их роли в течении и прогнозе болезни.

Материал и методы исследования Дизайн исследования предполагает наличие трех этапов в изучении ХГН.

I этап. Изучение клинико-морфологических соответствий по результатам ретроспективного анализа медицинской документации 71 пациента с ХГН и гистологическим подтверждением.

II этап. Изучение особенностей клинического течения, спектра внепочечных осложнений ХГН, а также состояния сосудодвигательной функции эндотелия и гемо-реологических параметров у пациентов с различными формами ХГН

III этап. Оценка клинической значимости выявленных нарушений функции эндотелия и параметров гемореологии для формирования внепочечных осложнений ХГН, выделение предикторов неблагоприятного течения ХГН, формирование выводов и разработка практических рекомендаций.

Результаты исследования. Клинико-гистологические соответствия у пациентов с гипертонической, нефротической, смешанной формами ХГН. Всего было изучено 22 биопсии пациентов с гипертонической формой ХГН. У всех больных биопсия почек была сделана на протяжении первых 1-1,5 лет после постановки диагноза ХГН, гипертоническая форма. Из них у 13 (59,1%) больных до верификации этого диагноза на протяжении 8,6±2,1 лет (по данным амбулаторных карт) наблюдался изолированный мочевого синдром. У остальных 9 (40,9 %) человек ХГН манифестировал в виде первично гипертонической формы заболевания. У пациентов с гипертоническим вариантом ХГН наблюдались различные морфологические варианты ГН: у 4 (18,2 %) больных с первично возникшим изолированным мочевым синдромом наблюдался мезангио-капиллярный вариант ГН, у 3 (13,6 %) - лобулярный ГН, который можно рассматривать как разновидность мезангио-капиллярного, у остальных больных (68,2 %) — был диагностирован фокальный сегментарный гломерулярный склероз (ФСГС).

Из 26 пациентов с нефротической формой ГН по результатам биопсий у 12 пациентов (46,2 %) отмечался мембранозный ГН, у 6-х пациентов (23,1 %) — мезангио-капиллярный ГН, еще у 8 больных (30,7 %) с нефротическим синдромом в проксимальных канальцах было выявлено наличие дистрофических изменений на фоне отсутствия патологии со стороны клубочков почек, что позволяет сделать вывод о наличии у них ГН с минимальными изменениями клубочков.

Было изучено 23 биопсии пациентов со смешанным вариантом течения ХГН. У 10 из них (43,5 %) было зарегистрировано наличие фокального сегментарного гломерулярного склероза. У остальных 13 пациентов (56,5 %) был выявлен фибропластический вариант ХГН.

Таким образом, можно говорить о том, что гипертонический вариант ХГН в большей степени связан с патологией клубочкового (сосудистого) компонента почек, в то время как нефротический синдром в большей степени обусловлен поражением мембранозных структур и тубуло-интерстициальными нарушениями, что может в значительной мере определять прогноз заболевания и характер осложнений.

Клиническое течение и прогноз различных вариантов ХГН. Анализ особенностей клинического течения гипертонического варианта ХГН показал, что у большинства больных до верификации заболевания имелся изолированный мочевого синдром, длительность существования которого составляла в среднем 8,9±2,3 лет. Среди пациентов с данной формой ХГН преобладали женщины - 70,0%. Из жалоб наиболее часто встречались такие как жалобы на головную боль и боль в поясничной области, при этом отеки в области лица были выявлены лишь у 15,0 %, еще у 35,0 % отмечалась пастозность стоп и нижней трети голени в конце рабочего дня. При анализе данных анамнеза у пациентов с первично возникшей гипер-тензией лишь у 3-х (42,8 %) удалось установить связь с перенесенной за 1,5-2 месяца до этого инфекцией (у 2-х больных была ангина, 1 больной перенес пневмонию).

У всех обследованных уровень АД был достоверно и стабильно выше нормы и составлял 174,4±10,2 мм.рт.ст. систолическое и 101,0±3,2 мм.рт.ст. диастолическое, а проведенное мониторирование АД в течение суток показало, что у данной группы пациентов преобладают лица со стабильно высоким артериальным давлением в течение суток

Вывод. Эндотелиальные нарушения при ХГН носят системный характер и приводят к нарушению сосудодвигательной и гемостатической функций эндотелия, опосредуя развитие гипертензии и тромбоэмболические осложнения.

Выявленные структурно-функциональные нарушения эритроцитов являются одной из причин ухудшения реологических свойств крови и приводят к срыву адаптивных возможностей организма, углублению гипоксии, поддерживают состояние эндотелиальной дисфункции и формированию почечных и внепочечных осложнений.

СОСТОЯНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

*Абдувахопова Н.Р., Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Использование современных иммунологических методов исследования позволяет получить дополнительные сведения о роли медиаторов межклеточных взаимодействий в реакциях противовирусного иммунитета у больных НХЛ и определить новые иммунологические критерии, предрасполагающие к развитию у них инфекционных вирусных осложнений. Исходя из этого, проведение многоплановых иммунологических исследований у больных НХЛ, с учетом проводимой современной химиотерапии, следует признать актуальным.

Цель исследования. Оценка состояния противовирусного иммунитета и установление факторов, обуславливающих реактивацию вирусных инфекций у больных НХЛ.

Материалы и методы исследования. За период с 2017 по 2019 годы в гематологической клинике АГМИ было проведено обследование 106 человек с различными вариантами НХЛ, из них наблюдалось 85 (80%) пациентов с индолентными лимфомами и 21 (20%) больной - с различными вариантами агрессивных НХЛ. Группу пациентов с индолентными НХЛ составили больные лимфомой из малых лимфоцитов.

Результаты исследования. Характеристика иммунологических показателей у больных неходжкинскими лимфомами в зависимости от типа опухоли, стадии заболевания и проводимой терапии.

В большей степени изменения иммунитета у больных НХЛ коснулись клеточного звена со снижением числа CD31-, CD4 CD8-лимфоцитов во всех исследуемых группах, а также сдвигом в сторону снижения значения иммунорегуляторного индекса у пациентов с лимфомой из малых лимфоцитов. При этом показатели CD3+-, CD8+, CD16+, CD95+-клеток у больных агрессивными лимфомами имели достоверно более значимые отклонения, по сравнению с пациентами индолентными НХЛ.

Уровни провоспалительных цитокинов ФНО-а и ИЛ-6 у пациентов с НХЛ оказались снижены по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц. Необходимо отметить, что у больных агрессивными лимфомами уровень данных цитокинов был выше, чем в группе пациентов с индолентными лимфомами. Подавление их синтеза согласуется с нарушением процесса дифференцировки.

Особое внимание вызывало снижение продукции ИФН-у и ИФН-а у всех обследованных лиц с НХЛ. Как известно, система интерферонов играет регулируемую роль в поддержании гомеостаза, являясь одной из важнейших составляющих естественного иммунитета, во многом определяя течение и исход вирусных инфекций. Учитывая эти обстоятельства, можно предположить, что снижение продукции ИФН-у и ИФН-а способствовало недостаточности противовирусной резистентности у больных НХЛ.

У больных НХЛ наблюдалось повышение спонтанного уровня ИЛ-2, причем более значимое - у больных с индолентными лимфомами. ИЛ-2 запускает иммунный ответ и активирует факторы, участвующие как в противовирусной и противобактериальной, так и в противоопухолевой защите, что в рассматриваемой ситуации может являться признаком более благоприятного течения опухолевого процесса.

Уровень ИЛ-8 имел достоверно более низкое значение только в первой группе больных по сравнению с показателями второй группы и здоровых лиц.

Возможно, это обусловлено значимо низкими концентрациями ФНО-а и ИЛ-1 β , которые являются наиболее сильными индукторами синтеза ИЛ-8. Кроме того, в литературе приведены сведения, что концентрация ИЛ-8 зависит от злокачественности течения заболевания, и этим можно объяснять высокий уровень изучаемого цитокина у больных агрессивными лимфомами.

Уровень базальной секреции цитокинов характеризовал функциональную активность мононуклеаров без воздействия на них антигена. После стимуляции лимфоидных клеток ФГА были отмечены некоторые изменения в показателях цитокинового профиля.

Так, у пациентов с индолентными лимфомами отмечено снижение стимулированной концентрации ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10 и ИФН-а. У больных агрессивными лимфомами наблюдался рост содержания стимулированной продукции ФНО-а, снижение секреции ИЛ-2, ИЛ-10 и ИФН-а. В обеих исследуемых группах больных выявлено снижение уровня ИЛ-2, причем в большей степени эти изменения наблюдались у пациентов с агрессивными лимфомами и сочетались с высоким содержанием у них ИЛ-4 и ИЛ-10. Найденные отклонения в содержании цитокинов, вероятно, связаны с опухолевой прогрессией заболевания. Данный факт свидетельствует о том, что у больных с В-клеточными опухолями повышение концентрации исследуемых цитокинов может рассматриваться в качестве маркеров более агрессивного течения заболевания, что согласуется с данными литературы (Воробьев А.И., 2000). Кроме того, у больных агрессивными лимфомами установлено повышение концентрации ФНО-а после стимуляции мононуклеаров ФГА.

В сыворотке крови выявлено достоверное повышение содержания ИЛ-4, ИЛ-10 у всех больных НХЛ, а также ИЛ-6 у пациентов с агрессивными лимфомами. Выявленные изменения согласуются с данными литературы, свидетельствующими о взаимосвязи уровня сывороточного ИЛ-6 с агрессивностью заболевания.

При сравнении изучаемых показателей у больных с различными типами лимфом и здоровых лиц установлено, что у пациентов (как при индолентном течении заболевания, так и при агрессивном) наблюдалось ослабление гуморального иммунитета, со снижением уровней всех трех классов иммуноглобулинов (1 μ С. 1 μ М),

Следовательно, в основе ослабления противовирусного иммунитета у больных НХЛ лежат комбинированные нарушения, затрагивающие как специфические, так и неспецифические звенья иммунной защиты. При этом у пациентов с агрессивными формами лимфом дефект Т-клеточного иммунитета был более выраженным и сочетался со значительным отклонением в цитокиновом статусе по сравнению с больными индолентными лимфомами.

Поскольку все больные агрессивными лимфомами находились в IV стадии заболевания, подразделение пациентов на группы было проведено только при индолентных лимфомах. У этих пациентов была прослежена зависимость показателей иммунитета от стадии заболевания. В этой связи среди больных, с впервые установленным диагнозом и не получавших химиотерапию, на основании классификации Ann Arbor выделены три группы пациентов: находящихся к моменту обследования в I стадии заболевания (9 человек), во II стадии (19 человек) и в III-IV стадиях (8 человек).

У больных с III-IV стадиями заболевания достоверно снижена спонтанная секреция мононуклеарами крови ФНО-а, ИЛ-1 β , ИЛ-4 и ИЛ-6. Не исключено, что низкая концентрация ИЛ-4 и ИЛ-6 тормозит созревание В-лимфоцитов в плазмочиты.

При прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов у больных отмечалось достоверное снижение уровня ИЛ-2 и ИЛ-4 в культуре мононуклеаров после их стимуляции ФГА. Это, скорее всего, связано с ослаблением секретирующей функции Т-клеток при прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов - основных продуцентов данных цитокинов. Кроме того, сравнение показателей представленных групп выявило, что у больных с III-IV стадиями заболевания в сыворотке крови заметно возрастал уровень ФНО-а, ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-10.

Учитывая дефект Т-звена у пациентов с III-IV стадиями заболевания, рост у них уровня ИЛ-2 в сыворотке крови, возможно, носил компенсаторный характер. Уместно заметить, что ИЛ-2 обладает мощным пролиферативным

потенциалом и рассматривается некоторыми авторами как аутокринный регулятор роста опухолевых клеток, в частности, клеток генерализованной лимфомы, на которых обнаружены рецепторы к данному цитокину. Следовательно, высокие показатели ИЛ-2 в сыворотке крови у больных индолентными НХЛ в III-IV стадиях заболевания также могли свидетельствовать о прогрессировании опухолевого процесса.

Увеличение концентрации ИЛ-10 в III-IV стадиях ассоциировалось со снижением числа Т-клеток, что указывало на наличие у таких больных дисрегуляторных нарушений в созревании и дифференцировке Т-лимфоцитов.

Таким образом, у больных индолентными лимфомами при прогрессировании заболевания наблюдалось снижение показателей Т-звена иммунитета, а также уменьшение как спонтанной цитокинсинтетической активности мононуклеаров крови, так и стимулированной ФГА. При этом концентрации таких иммунорегуляторных пептидов как ИЛ-2 и ИЛ-10, ФНО- α и ИЛ-1 ρ в сыворотке крови повышались.

В системе цитокинов у больных с маркерами герпесвирусной инфекции наблюдался достоверный рост концентрации ФНО- α и ИЛ-1 ρ . Кроме того, у больных второй группы был отмечен подъем уровня ИЛ-10 (Коэффициент корреляции Спирмена составил $-0,21$ ($p < 0,05$)), что соответствует литературным данным, свидетельствующим о синтезе вирусами герпеса гомологов данного цитокина. После стимуляции ФГА содержание ИЛ-113 в культуре лимфоцитов сохранялось на высоком уровне.

Уровни интерферонов ИФН- α , ИФН- γ и ИЛ-2 в культуре лимфоцитов в группе вирусинфицированных лиц не имели достоверных различий по сравнению с показателями группы вируснегативных пациентов, что свидетельствовало о неадекватном ответе иммунной системы больных НХЛ на вирусный агент.

Таким образом, проведенные исследования иммунного статуса у вирусинфицированных больных НХЛ показали, что у них не наблюдалось специфической перестройки цитокиновой сети. Снижение содержания СО6+ клеток являлось доминирующим фактором ослабления противовирусного иммунитета. Отсутствие полноценной иммунной реакции у больных НХЛ приводит к частой контаминации вирусами и их репликации в организме хозяина. Это подтверждалось наличием довольно высокого процента ПЦР положительных результатов (29,5%), полученных при исследовании периферической крови данных пациентов.

Вывод. Выявлены основные патогенетические звенья формирования иммунодефицитного состояния у больных НХЛ. Установлен высокий иммуносупрессивный эффект химиотерапии с включением алемтузумаба. Раскрыта корреляционная зависимость снижения количества СО16+ клеток и возрастания концентрации ИЛ-10 в культуре мононуклеаров с частотой выявления маркеров герпесвирусной репликации, что может служить прогностическим иммунологическим параметром, характеризующим вероятность реактивации вирусной инфекции у пациентов с НХЛ.

СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА И МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Абдуваходова Н.Р., Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что наличие гипергомоцистеинемии повышает риск раннего развития атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий независимо от традиционных факторов риска. Существующие методы терапии гипергомоцистеинемии требуют ежедневного и продолжительного применения лекарственных препаратов. Однако в ряде ситуаций, например, при непереносимости витаминных препаратов, при необходимости экстренных хирургических вмешательств, такие методы имеют существенные ограничения, поэтому разработка способов лечения этого тромбофилического состояния, способных быстро и эффективно снизить концентрацию гомоцистеина, имеет большое практическое значение.

Известно, что важнейшим фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии, связанной с атеросклерозом, являются нарушения липидного обмена. Однако публикаций, которые бы определили наличие связи между показателями липидного обмена и состоянием коагуляции, в том числе, гиперпродукцией коагуляционных факторов, на сегодняшний день мало.

Таким образом, сведения о роли гиперпродукции прокоагулянтов в формировании тромбофилического состояния при артериальной гипертензии немногочисленны, а существующие методы лечения гипергомоцистеинемии имеют ограничения. Мало данных о дисфункции эндотелия в патогенезе осложнений эссенциальной артериальной гипертензии и особенностях неспецифической воспалительной реакции при этом заболевании. Выяснение этих значимых особенностей стало предметом нашего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений коагуляционного гемостаза, уровни маркеров воспаления и показатели эндотелиальной дисфункции у больных эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты исследования клинико-лабораторных показателей 82 больных эссенциальной артериальной гипертензией. Клинические данные были получены на базе клиники АГМИ. Критериями включения в исследование больных были артериальная гипертензия II-III стадии.

Результаты исследования. В течение последних лет появились многочисленные эпидемиологические и экспериментальные данные, констатирующие наличие гипер-коагуляционных изменений в системе гемостаза при эссенциальной артериальной гипертензии. Было установлено, что патогенетические механизмы опасных для жизни больного осложнений артериальной гипертензии, таких как ишемический инсульт и инфаркт миокарда, тесно связаны с активацией и/или дисфункцией системы свертывания крови. Именно поэтому мы сконцентрировали усилия на выявлении особенностей нарушений коагуляционного гемостаза в разных группах больных артериальной гипертензией.

Определение РФМК в плазме в ряде клинических ситуаций имеет большое диагностическое значение, поскольку является маркером внутрисосудистого свертывания крови. Уровень РФМК в группе контроля был равен $3,3 \pm 0,1$ мг%, а в группе больных артериальной гипертензией этот показатель был выше и составил $7,8 \pm 0,6$ мг% ($p < 0,001$). Повышенную концентрацию РФМК мы обнаружили у 54 пациентов с АГ (66%),

Известно, что повышение активности коагуляционного фактора VIII предрасполагает к тромбозам и является тромбофилическим состоянием. Мы определили содержание этого коагуляционного фактора у больных артериальной гипертензией. В группе контроля уровень фактора VIII был равен $99,9 \pm 3,6\%$, а в группе больных артериальной гипертензией этот показатель составил $131, (\pm 6,6\%)$, что оказалось выше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе.

Хорошо известно, что ишемические повреждения головного мозга и инфаркты миокарда нередко сопровождают артериальную гипертензию.

Оказалось, что в группе больных без осложнений этот показатель был равен $126,7 \pm 6,9\%$, а в группе пациентов с осложненным течением АГ этот параметр составил $151,7 \pm 17,5\%$. При сравнении этих двух групп больных артериальной гипертензией были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$).

При проведении корреляционного анализа между уровнем фактора VIII и СРБ связи выявлено не было ($r = 0,06$; $p = 0,963$). Не было также выявлено зависимости между уровнями коагуляционного фактора VIII и Ил-6 ($r = 0,025$; $p = 0,814$). Таким образом, мы не обнаружили корреляционной связи между гиперпродукцией коагуляционного фактора VIII и повышением концентрации маркеров воспаления.

На сегодняшний день представлено немало данных о патогенезе атеросклеротического поражения сосудов и роли гемодинамических и иных нарушений в генезе атеротромботических нарушений при артериальной гипертензии, однако частота гиперпродукции коагуляционного фактора IX при этой патологии не определена. При этом известно, что повышение концентрации этого фактора является тромбофилическим состоянием. Мы обнаружили повышение активности этого показателя у 11 (13%) пациентов с АГ. При изучении частоты обнаружения гиперпродукции коагуляционного фактора IX установлено большая частота повышения в группе пациентов с артериальной гипертензией ($p = 0,0074$) в сравнении с контрольной группой.

На сегодняшний день установлена взаимосвязь ожирения с эссенциальной артериальной гипертензией, нарушением углеводного обмена и дислипидемией. Высказываются также предположения, что жировая ткань способна выделять в кровоток различные биологически активные соединения, в том числе цитокины. Для обнаружения этого патогенетического механизма мы сравнили содержание маркеров воспалительной реакции (СРБ, Ил-6) у больных артериальной гипертензией с нормальной и избыточной массой тела. Оказалось, что в группе больных с ИМТ до 25 содержание СРБ было равно $4,09 \pm 1,71$ мг/л, а в группе больных с повышенным ИМТ этот показатель был увеличен более чем в 2 раза и составил $8,46 \pm 1,36$ мг/л ($p < 0,05$). Содержание Ил-6 в группе больных артериальной гипертензией с ИМТ до 25 было равно $3,38 \pm 0,5$ пг/мл, а в группе больных с повышенным ИМТ этот показатель был также существенно выше и составил $7,32 \pm 1,54$ пг/мл ($p < 0,02$).

Вывод. Определение повышенной коагуляционной активности антигемофильного глобулина и высокой концентрации антигена фактора Виллс-бранда у больных эссенциальной артериальной гипертензией позволяет сформировать группу риска развития эпизодов атеротромбоза.

Показано, что для обнаружения неспецифической воспалительной реакции у больных эссенциальной артериальной гипертензией пригоден метод определения интерлейкина-6.

У больных эссенциальной АГ, имеющих высокий индекс массы тела, уровни СРБ и Ил-6 значительно выше, чем у пациентов с нормальной массой тела, что следует учитывать при оценке выраженности воспалительного процесса у больных, страдающих ожирением.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ МИЕЛОПАТИИ

*Абдукадирова Д.Т., Абдукадиров У.Т., Кобилев Ш.М., Ибрагимова Г.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

В патогенезе сосудистых изменений не всегда учитываются нарушения венозного кровообращения, клинические проявления которых изучены еще недостаточно. В то же время, сосудистые нарушения венозного генеза бывают более обширными, чем даже при нарушении артериального кровообращения.

Цель исследования. Изучить особенности клинико-неврологического течения миелопатии сосудистого происхождения.

Материалы и методы исследования. Исследовали 55 пациента со спастическим пара- или тетрапарезом неясной этиологии в возрасте от 25 до 72 лет. Среди них - 33 мужчин и 22 женщины. Средний возраст составил - 48,5 лет. Наряду с тщательным разбором жалоб и анамнеза и исследованием неврологического статуса больным были проведены следующие параклинические методы исследования: МРТ, селективная флебография, УЗДГ, люмбальная пункция.

Результаты исследования. Особенности анамнестических данных. Очень важным вопросом является тщательно собранный анамнез, который может помочь в дифференциальной диагностике с другими органическими заболеваниями спинного мозга.

Поскольку эпидуральные венозные сплетения дренируются в крупные притоки системы, как верхней, так и нижней полых вен, необходимо выяснить наличие сопутствующей патологии венозной системы других органов. В анамнезе всех пациентов с венозной миелопатией были выявлены такие патологические состояния, как синдром Педжетта-Шретера (34%). У них имелось варикозное расширение вен нижних конечностей (30%), портальная гипертензия (16%), а также геморроидальные узлы (20%), которые, также являются проявлением нарушения венозного кровообращения. Эти данные послужили пусковым механизмом возникновения миелопатии венозного происхождения. Следует обратить внимание на жалобы пациентов: из общемозговых симптомов, наиболее часто отмечались тупые, почти постоянные головные боли (98%) без четкой локализации, возникающие во второй половине дня, усиливающиеся в горизонтальном положении (100%) и по ночам. Они плохо купируются применением обычных анальгетиков и спазмолитиков, поскольку генез их возникновения носит, преимущественно, венозный характер.

Особенности неврологических проявлений. К ранним симптомам начала заболевания мы отнесли появление болей в пояснице проекционного характера (89%), температурные парестезии - ощущение холода, зябкости и покалывания в стопах (76%), и возникшую исподволь, постепенно, быструю утомляемость ног (100%). Нередко пациент не может четко

указать время появления этих симптомов. Причиной возникновения этих ощущений является не только раздражение структур спинного мозга и нервных корешков, но, и тот факт, что при нарушении венозного кровообращения в системе полых вен, в коллатеральное кровообращение включаются как эпидуральная венозная система, так и кожные, подкожные и мышечные венозные сосуды. Это легко обнаруживается при внешнем осмотре пациента усилением сосудистого рисунка.

Клиническая симптоматика манифестировала всегда с нижнего спастического парапареза, и, по мере нарастания гипертензии, переходила в тетрапарез разной степени выраженности. На ранних стадиях заболевания мы наблюдали формирование и расстройства функции тазовых органов по центральному типу - императивные позывы и затруднения мочеиспускания. Очень важно выявить зависимость спастических проявлений от положения тела и физических нагрузок. Спастические, произвольные сокращения в нижних конечностях нарастали через некоторое время после перехода в горизонтальное положение и во второй половине дня. Следующей особенностью в проявлении миелопатий венозного происхождения заключается в своеобразии перемены положения тела. Из горизонтального положения в вертикальное положение больные переходят с большим трудом, и для начала передвижения они прибегают к различного рода разминочным упражнениям.

Таким образом, при наличии признаков спастических расстройств движения и без четкого этиологического фактора, а также без убедительных данных параклинических методов обследования, пациентов следует направить на исследование на предмет нарушения венозного кровообращения в позвоночном комплексе, вызванных поражением крупных притоков системы полых вен.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА

*Абдукадирова Д.Т., Абдукадиров У.Т., Бутахонов Ф.Т., Эгамов Ф.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цереброкardiaльный синдром – вариант нарушения церебровисцеральной регуляции, свидетельствующий о взаимозависимости жизнедеятельности головного мозга и системы гемодинамики. У 70% пациентов с локализацией очага острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебрально-базиллярном бассейне наблюдаются клинически значимые кардиологические нарушения.

Цель исследования: определение клинико-неврологических проявлений цереброкardiaльного синдрома.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов с острым церебральным инсультом, средний возраст 56±4,38. Основными методами исследования были сбор жалоб и анамнеза, анализ медицинской документации, оценка соматического и неврологического статуса, параклинические методы исследования (МРТ), исследование когнитивных функций. Обследование пациентов проводилось в острый период инсульта и повторно через 3 месяца. Результаты обработаны статистически.

Результаты. Кардиальные симптомы Цереброкardiaльного синдрома. У пациентов с ОНМК в исследованных группах встречались различные нарушения ритма и проводимости сердца. Наличие ишемических и геморрагических инсультов указывала на склонность к синусовой брадикардии (55,3%). Синусовая тахикардия наблюдалась в 17,5%, синусовая аритмия в 14,4%, различного рода экстрасистолы в 9,5% случаях.

В остром периоде инсульта достоверно чаще регистрировались пароксизмы мерцательной аритмии, желудочковая и наджелудочковая экстрасистолы. Частота развития аритмии сердца у пациентов с ишемическим и геморрагическим инсультом достигает 25-40%, что значительно выше, чем у пациентов, не перенесших инсульт. Нарушения ритма и проводимости сердца, взаимосвязанные с церебральным поражением, были обнаружены у 70-75% больных в острой стадии заболевания. Постоянная мерцательная аритмия встречается примерно у 25% больных с инфарктом мозга.

Прогностически значимыми и имеющими большое значение были такие показатели, как размер и локализация поражения головного мозга. Нарушение сердечной деятельности больше выражено при локализации ишемического размягчения в стволе головного мозга (57%), обширном полушарном очаге с вторичным стволовым синдромом (43%), чем при небольших полушарных очагах (так называемом «малом ишемическом инсульте»).

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Такие признаки ЦКС, как брадикардия, синдром «тахи-бради», распространенная ишемия миокарда (вплоть до некроза по типу «инсульт-инфаркт») являются плохим прогностическим признаком, свидетельствующем о вовлечении в патологический процесс стволовых структур головного мозга с угнетением деятельности дыхательного и сосудодвигательного центров.

2. Нейрогенные депрессии сегмента ST в острой стадии инсульта у исследованных больных ухудшали в дальнейшем течение постинсультного периода. Появление существенных изменений на ЭКГ значительно ухудшает как ближайший (30 дней), так и долгосрочный (6 месяцев и дальше) прогноз ишемического инсульта, достоверно увеличивая показатели смертности в контрольной группе по сравнению с основной группой.

КИШЛОҚ ШАРОИТИДА ОҒРИҚ ҚОЛДИРУВЧИ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.

*Абдукадирова Д.Т., Абдукадиров У.Т., Кучкарова О.Б., Мамасолиева Ш.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Изланиш мақсади: кишлоқ шароитида умуртка остеохондрозидан неврологик белгилар кузатилган беморларда оғриқ қолдириш ихтисоси имкониятларини ўрганиш.

Материал ва методлар: Изланиш материали АДТИ неврология кафедрасининг Андижон вилояти туманларида олиб борган оталиқ ишлари жараёнида олинган маълумот ва таҳлиллари асосида ўтказилган.

Ўтказилган текширувлар ва улар **натижаларининг** таҳлили асосида қуйидаги хулосага келдик: вертеброген оғриқларда даво-реабилитация ёрдами ва профилактика ишларини кишлоқ шароитида оптималлаштириш зарурдир, бу жараён мавжуд имкониятлардан адекват фойдаланиш орқали бажарилади. Ушбу тажриба моҳияти мавжуд бўлган соғлиқни сақлаш тизимида интеграция ўтказиш зарур. Интеграция бирламчи тиббиёт тармоғида неврологларнинг оғриқ қолдирувчи ёрдами сифатли кўрсата билиши, кўп тармоқли клиник шифохоналарда неврология бўлимлари базаларида турли алготерапевтик хоналарни ташкиллаштириш демакдир. Кишлоқ шароитида оғриқ қолдирувчи ёрдамни кўрсатиш мавжуд бўлган 4 босқичли тиббий ёрдам тузилишини сақлаган ҳолда оптималлаштириш мумкин.

I босқич – бирламчи оғриқ қолдирувчи ёрдам. Бу босқич умумий амалиёт шифокори (УАШ) томонидан кишлоқ врачлик пунктларида (КВП) амалга оширилади. Ушбу босқичда оғриқ сабаби аниқланиб мувофиқ даво чоралар комплекси қўлланилади. Бир ой давомида даво чораларидан натижа олинмаса, ушбу босқичда адекват даво ёрдам кўрсатиш имкони бўлмаса, ёки ташхис аниқ бўлмаса беморни кейинги тиббий босқичга йўналтириш зарур.

Оғриқ қолдиришнинг иккинчи босқичи республика шароитида иккита даражага бўлинган Ia ва II б.

II босқичи – малакали тиббий ёрдам. Бу босқич оғриқ қолдирувчи консультатив-даво чораларидан иборат бўлиб, туман марказий шифохоналарида (ТМШ) оғриққа қарши терапия хоналарини ташкил қилиш орқали э амалга оширилади. Иккинчи босқичнинг асосий масаласи бу 1-3 ойдан ортқ бўлмаган оғриқли синдромларда беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш.

II босқич – юқори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам. Бу босқичдаги тиббий ёрдам туман марказларида жойлашган кўп тармоқли шифохоналарнинг консультатив поликлиникасида ўтказилади, у ерларда ихтисослашган алгологик ва алготерапевтик хоналар ташкил қилинади.

III босқичи ташкил этиш – юқори ихтисослашган оғриқ қолдирувчи ёрдам бўлиб, у албатта регионал марказ шароитида ташкил этилади.

IV босқич – диспансер босқич. Бу босқичда беморлар кишлоқ врачлик пунктларида терапевт назоратида туради, олдинги босқичларда олинган тавсия ва муолажалари бажарилади, келгусида реабилитация чораларига амал қилинади.

Оғриқ қолдирувчи ёрдамнинг асосий масалаларидан бири оғриқларни қайта қўзғалишининг олдини олиш ва профилактикасида иборат. Ушбу масалани амалга оширишда оғриқларни вужудга келтирувчи хатар омилларини аниқлаш.

РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПЕРЕНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОНМК

*Абдуллаева М.М., Шамсиева Э.Р., Агзамходжаева Н.С.
Ташкентская медицинская академия*

Целью настоящего исследования явилась разработка мероприятий по улучшению перинатальных исходов у переносенных детей на фоне острого нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Нами было обследовано 48 переносенных новорожденных с диагнозом ОНМК, наблюдавшихся на базе отделения патологии новорожденных первой клиники ТМА. Диагноз устанавливается на основании анамнеза, клинического обследования, данных ЭКГ, результатов УЗИ, амниоскопии, рентгена легких. Постнатальная диагностика переносенного новорожденного включает оценку жизнеспособности ребенка по шкале Апгар, определение антропометрических данных, исследование неврологического статуса. При 2–3 степени переносенности назначаются дополнительные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, ФКГ, нейросонография головного мозга, рентген грудной клетки.

Результаты. По результатам полученных данных выявлено: переносенная беременность в 25% случаев завершается рождением ребенка с макросомией (масса более 4000 г). У таких детей высокий процент получения родовых травм (вывиха и перелома ключицы в сочетании с акушерским параличом/парезом Эрба-Дюшена). До 50% переносенных детей появляется на свет с признаками асфиксии различной степени выраженности. Синдром аспирации меконияльной жидкости приводит к тяжелой дыхательной недостаточности. Частым осложнением служат поражения ЦНС, метаболический ацидоз, внутриутробное инфицирование.

Выводы. Отдаленные последствия и прогноз определяется степенью поражения плода. Переносенные дети входят в группу риска по развитию перинатальной энцефалопатии. Остаточные минимальные мозговые дисфункции могут стать причинами отставания темпов нервно-психического и физического развития ребенка. Терапевтические мероприятия проводятся с учетом степени переносенности и тяжести состояния новорожденного. Сразу после рождения они могут варьировать от клинического наблюдения до оказания реанимационного пособия. Ребенок в специальном лечении не нуждается. После рождения сразу прикладывается к груди. При отсутствии осложнений выписывается из роддома в установленные сроки. На первом году жизни ребенок наблюдается педиатром и неврологом. Могут отмечаться нарушения в периоде адаптации – длительное заживление пуповинного остатка, более выраженная физиологическая желтуха, половой криз. При II степени переносенности. Если околоплодные воды содержат меконий, осуществляют интубирование трахеи и туалет бронхиального дерева. При отсутствии ритмичных самостоятельных дыхательных движений у ребенка проводят искусственное дыхание с помощью маски и саморасправляющегося мешка. Для улучшения сердечной деятельности, поддержания давления в пупочную вену через катетер вливают адреналин. Коррекцию метаболического ацидоза осуществляют введением раствора бикарбоната натрия. Состояние ребенка оценивается каждые 30 секунд. Если появляется самостоятельное дыхание, ЧСС – более 100 ударов/мин., кожные покровы розовеют, прекращают ИВЛ. Ребенка помещают в кувез, куда поступает воздух с повышенным содержанием кислорода, и обеспечивают круглосуточное кардио-респираторное мониторирование. При III степени переносенности. При нерегулярном или отсутствующем дыхании и пульсе менее 100 ударов в минуту немедленно проводят интубацию трахеи с подключением к аппарату ИВЛ. При прогрессирующей брадикардии с ЧСС непрямой массаж сердца. Для усиления сердечной деятельности через вену пупочного канатика вводят адреналин. При положительной динамике (стабильная ЧСС). Ребенка подключают к аппаратам мониторинга, которые ведут постоянное наблюдение за частотой дыхания,

сердечных сокращений, газовым составом артериальной крови. Кормить сцеженным материнским молоком начинают через 15–17 часов после рождения. При наличии неврологической симптоматики питание осуществляют через зонд. Решение о возможности грудного вскармливания решается врачом индивидуально в зависимости от состояния ребенка. После стабилизации основных жизненных показателей новорожденный в течение нескольких дней продолжает пребывать в отделении реанимации. Потребность в этом продиктована возможностью повторения эпизодов асфиксии. При осложнениях (пневмонии, ателектазы, неврологические расстройства) для продолжения лечения ребенка переводят в отделение патологии новорожденных. После выписки домой ребенок должен наблюдаться педиатром, психоневрологом. Профилактические мероприятия строятся с учетом современных представлений о причинах рождения незрелых детей. Всем перенесенным новорожденным рекомендованы общеукрепляющие процедуры: массаж, закаливание, плавание, гимнастика.

ТЕРАПИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ

*Абдуллаева К.А., Усманова Д.Н., Узбекова Н.Р., Юлдашева С.Л.
Андижанский Государственный медицинский институт*

В большинстве развитых странах ишемическая болезнь сердца (ИБС) остаётся основной причиной смерти, несмотря на прогресс в диагностике и лечении этого заболевания. Активация перекисных свободно-радикальных процессов лежит в основе прогрессирования атеросклероза. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) является важным компонентом метаболизма тканей, который отражает не только отрицательные деструктивные процессы, но и физиологическое состояние организма. При этом процессы ПОЛ тесно связаны, и уровень их зависит от функционального состояния защитной антиоксидантной системы (АОС). Состояние равновесной системы ПОЛ-АОС может служить хорошим показателем состояния всего организма и эффективности применяемого лечения.

Цель исследования. Изучение процессов ПОЛ у пожилых больных ИБС с субклиническим гипотиреозом. Дать конкретные рекомендации в плане тактики лечения данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Обследовано 106 больных, лиц пожилого возраста, рандомизированных на 3 группы. Первая группа - контрольная группа, II группа - 45 больных с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия ФК II-III. В III группе - 61 больной, страдающих ИБС с лабораторно подтверждённым субклиническим гипотиреозом (СГ). Больные III-группы в зависимости от вида проводимого лечения были разделены на три подгруппы: подгруппа-А: 20 больных, получавших традиционное лечение; подгруппа-В: 20 больных, получавших антиоксиданты; подгруппа-С: 21 больных, получавших антиоксиданты в сочетании с L-тироксинам.

Результаты исследования. Исследования показали усиление процессов перекисного окисления липидов по уровню малонового диальдегида (МДА). Так содержание МДА у группы больных ИБС повысилось и составило $8,42 \pm 2,4$ нмоль/мл, что на 69,9% (в 2,7 раза) выше значений группы контроля. Уровень МДА у больных ИБС с СГ повысился на 14,8% (в 1,14 раза) больше по отношению к показателям группы больных ИБС и почти в 3,1 раза больше показателей контрольной группы. В нашей работе мы четко подчеркиваем то, что идет суммирование патогенетических звеньев.

Коррекция тиреоидной недостаточности избавляет больных от гиперхолестеринемии без использования каких-либо других препаратов. С этой целью в терапию совместно с антиоксидантами мы решили включить заместительную терапию L-тироксинам, в поддерживающих дозировках 25-50мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, наблюдалось выраженное снижение уровня МДА, который достиг показателей контроля и составил $3,18$ нмоль/мл ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, у больных ИБС с СГ в пожилом возрасте отмечается наибольшая активация процессов ПОЛ, что требует соответствующей превентивной терапии. Чтобы оценить адекватность проводимой терапии, необходим периодический контроль за уровнем ТТГ в крови. Для этого рекомендуется скрининг – обследование на субклинический гипотиреоз у пожилых лиц, особенно у женщин. Необходимо сопоставлять полученные данные с показателями уровня МДА в сыворотке крови.

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

*Абдуназаров Т., Эшонхужаев О.О., Латипова Н.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Диарея является одной из главных причин заболеваемости и смертности в развивающемся мире, где господствуют бедность, плохие санитарные условия, нехватка чистой воды и повышенный риск инфекций. Исследования в Западной Европе и Северной Америке показали, что диарея является второй из наиболее типичных причин госпитализации детей. Например, в США после десятилетнего наблюдения за данными смертности по стране, центры по контролю за заболеваниями в Атланте в 2008 г. пришли к выводу, что "случаи смерти от диареи образуют серьезную и предотвратимую долю постнеонатальной смертности среди американских детей" и составляют около 10% от всех предотвратимых смертей в детском возрасте.

Цель исследования. Изучения причинной связи эпидемиологии диареи у детей. Сопоставить причинной связи диареи у детей и вопросы формулировки диареи у детей в контексте мировой литературы.

Материалы и методы. Материалом исследования послужило данные мировой литературы посвященной вирусной инфекции и диареи у детей учёных разных стран мира. Было проанализирована формулировки диагноза диареи у детей.

Результаты и обсуждение. Согласно всемирной статистике, примерно в 50% всех случаев поноса возбудителями являются вирусы. Они же становятся причиной примерно 40% всех смертельных случаев, которые регистрируются как

смерть от диареи. Чаще всего понос у младенцев и детей вызывается ротавирусом. Вирусные инфекции особенно распространены в промышленных странах.

Двухлетнее исследование детей с острой диареей, проведенное в пяти больницах в Китае, Индии, Мексике, Мьянме (бывшая Бирма) и Пакистане обнаружило, что ротавирус был наиболее частой причиной поноса на первом году жизни.

Корь сопровождается поносом в 20-60% случаев, и в течение шести месяцев после кори у 10 до 20% детей случается приступ поноса, которого иначе не было бы приступов.

Ежегодно от диарейных заболеваний умирают четыре миллиона детей. По крайней мере половину этих смертей можно предотвратить с помощью простого, высокоэффективного лечения - пероральной регидратационной терапии (ПРТ), вместе с регулярным кормлением, что потребует чуть больше 50 центов затрат на одного ребенка. Вместо этого сотни миллионов долларов тратятся зря на так называемые противодиарейные лекарства, которые в лучшем случае неэффективны, а в худшем - опасны. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, "такие расходы не могут быть оправданы".

Большинство случаев диареи острые и проходят сами по себе, без специального лечения. Понос - это не болезнь, а симптом. Проще говоря, понос - это способ, с помощью которого организм выводит инородные токсины, бактерии или другие вещества, которые расстраивают деятельность кишечника. Понос опасен тем (и это является наиболее частой причиной смерти, особенно среди младенцев и маленьких детей), что сопровождается обезвоживанием (дегидратацией) организма вследствие потери большого количества воды и солей (электролитов). Очень много младенцев, страдающих диареей, умирают не от болезни, а от неправильного лечения - и основной причиной смерти является обезвоживание.

Результаты исследования литературных данных диареи у детей показали, что диарея не всегда является патологическим состоянием организма, иногда наоборот являясь защитной реакцией организма детей.

Выводы: При формулировке диагноза диареи у детей следует особый дифференцированный подход для определения этого состояния, так как выбор лекарственных средств должен быть рациональным и безопасным исходя из возраста ребенка и течения данного заболевания.

ХРОНОТЕРАПИЯ – ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Абдуназаров Т., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Благодаря биоритмам обеспечивается внутреннее движение, развитие организма, его устойчивость к воздействию факторов окружающей среды. Хронофармакология, изучающая (преимущественно в эксперименте) влияние лекарственных веществ на биоритмы организма и их эффективность в зависимости от времени введения, является основой для хронотерапии — направления медицины, занимающегося лечением больных людей с учетом хронобиологических закономерностей. При хронотерапии используются имитационный и превентивный (профилактический) методы применения лекарственных препаратов, а также метод «навязывания» ритма.

Цель исследования. Оценить эффективность хронофармакологического подхода при лечении железодефицитной анемии препаратами железа.

Материалы и методы. У 68 больных с различной тяжести железодефицитной анемии проведено хронофармакологический подход при назначении препаратов железа. У 30 больных анемия констатирована легкой, 38 тяжелой степени. В качестве антианемического препарата назначался тардиферон (по 0,08 г) во второй половине дня в 14 часов однократно. У больных контрольной группы (33) препарат назначался традиционно утром. Из групп исследования исключались беременные. Средний возраст групп исследования составил – 24±0,37; контрольной – 23±0,46. Эффективность проводимой антианемической терапии оценивали по приросту гемоглобина и концентрация сывороточного железа по сравнению исходной в конце курса лечения. Продолжительность антианемической терапии в группах исследований был одинаковым – 30 дней. Безопасность терапии оценивали по частоте возникновения побочных действий тардиферона со стороны больных.

Результаты и обсуждения. Основной функцией железа в организме является перенос кислорода и участие в окислительно-восстановительных процессах (с помощью десятков железосодержащих ферментов). Железо входит в состав гемоглобина, миоглобина, цитохромов. Кроме эритроцитов, много железа находится в клетках мозга. Железо играет важную роль в процессах выделения энергии, в ферментативных реакциях, в обеспечении иммунных функций, в метаболизме холестерина.

Лечение железодефицитных анемий всегда начинают с приема железа. Только при особых показаниях переводят на парентеральный прием. Результаты лечения оценивают по изменению содержания ретикулоцитов.

У группы больных получавших тардиферон во второй половине дня суточный прирост гемоглобина составляло в среднем 0,25 г/л, у контрольной группы показатель был соответственно 0,15 г/л. В группе исследования ни в одном случае не было фиксировано побочных эффектов тардиферона. Переносимость препарата у больных был хорошим. Напротив у больных контрольной группы в 2 случаях отмечено побочное действие препарата в виде тошноты и в 2 случаях боли в эпигастрии.

Установлено, что в утренние часы резко снижена биосинтетическая активность эритроидных клеток костного мозга. В связи с этим железо плохо усваивается для образования гемоглобина и амплитуда его содержания в крови увеличивается. Вечером (в 21-24 ч.) концентрация сывороточного железа на 16-30% ниже, чем утром (в 8-12 ч.).

Выводы. Железо лучше всего всасывается и усваивается в вечерние часы. Железо, абсорбируемое в первую половину дня не утилизируется, а способствует развитию побочных эффектов. Препараты железа, применяемые для лечения железодефицитной анемии, должны назначаться только во второй половине дня.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ ДИЕТИЧЕСКИХ РАЦИОНОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Абдурахманов М.Г., Ибрагимов Д.Н., Юлдашев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Метаболический синдром (МС) определяют как комплекс метаболических и гормональных нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия.

Диетотерапия является одним из важнейших звеньев профилактики и лечения МС. Целенаправленное моделирование диеты позволяет снизить или нормализовать уровень глюкозы и липидов в крови, артериальное давление и массу тела у пациентов с МС.

Основным требованием к построению рациона при МС является ограничение его энергетической ценности. При этом необходимо следить за реализацией потребностей больного в наборе макро- и микронутриентов, что достигается использованием в стандартных гипокалорийных диетах специализированных и функциональных пищевых продуктов, сбалансированных по составу нутриентов и адаптированных к особенностям организма пациента с МС.

Оптимизация диетотерапии при МС является наиболее эффективной при учете результатов комплексной оценки пищевого статуса с использованием биоимпедансометрии, непрямой калориметрии, биохимических показателей липидного, углеводного, белкового обмена, а также гормонального и цитокинового статуса.

Цель исследования. На основании комплексной оценки пищевого статуса с использованием современных методов нутриметаболомики разработать и оценить эффективность оптимизированных диетических рационов для пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное обследование было проведено у 168 пациентов с МС - 34 мужчин и 134 женщин в возрасте от 23 до 69 лет (средний возраст по группе $55,2 \pm 1,5$ лет).

Результаты исследования. При анализе рациона пациентов с МС до поступления в стационар нами было установлено, что их питание характеризовалось повышенной калорийностью (в среднем, 2557 ± 190 ккал/сут, что достоверно выше рекомендуемых значений), избыточным потреблением жиров (в среднем, $128,4 \pm 14,7$ г/сут), недостаточным потреблением пищевых волокон (в среднем, $12,4 \pm 1,9$ г/сут). При этом, у пациентов с МС и СД 2-го типа по сравнению с больными МС без нарушения углеводного обмена отмечена достоверно более высокая калорийность рациона и потребление жира ($p < 0,05$). Потребление белка пациентами с МС превышало рекомендуемые нормы и составило, в среднем, $87,8 \pm 6,6$ г/сут. Для углеводной части рациона было характерно избыточное содержание моносахаридов (в среднем, $129,5 \pm 11,7$ г/сут) и недостаточное содержание крахмала (в среднем, $110,8 \pm 14,6$ г/сут).

Применение в комплексе лечебных мероприятий при метаболическом синдроме и сахарном диабете 2-го типа специализированного продукта, содержащего медленно всасываемые углеводы, пищевые волокна и мононенасыщенные жирные кислоты, сопровождалось более выраженным, чем в группе сравнения, снижением индекса инсулинорезистентности НОМА (на $44,8 \pm 5,6\%$ против $10,4 \pm 2,2\%$, соотв., $p < 0,001$), гликированного гемоглобина (на $15,2 \pm 3,4\%$ против $2,5 \pm 0,5\%$, соотв., $p < 0,01$), а также снижением уровня энерготрат покоя (на $21,3 \pm 3,5\%$ против $13,8 \pm 2,3\%$, соотв., $p < 0,05$) и повышением скорости окисления жира (на $18,5 \pm 3,5\%$ против $11,7 \pm 2,9\%$, соотв., $p < 0,01$).

Разработанные оптимизированные диетические рационы для пациентов с метаболическим синдромом способствуют появлению положительной динамики показателей гликемического контроля, липидного обмена, гормонального статуса, состава тела (снижение массы тела преимущественно за счет жирового компонента и сохранение активной клеточной массы тела) и метаболического статуса (снижение уровня энерготрат покоя, скорости окисления углеводов и белка, повышение скорости окисления жира).

Вывод. Установлено, что комплексная оценка пищевого статуса позволяет оптимизировать диетологические подходы для коррекции базальной и постпрандиальной гипергликемии, дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с МС.

Выявленные нарушения пищевого статуса при МС (избыточное содержание жировой массы, повышение уровня энерготрат покоя при снижении скорости окисления жира, дислипидемия, гипергликемия, гиперинсулинемия, гипер-С-пептидемия,

гипоадипонектинемия) обосновывает необходимость оптимизации диетотерапии у этих больных. Показано, что метаболически ориентированная диетотерапия способствует улучшению показателей гликемического контроля, липидного и белкового обменов, повышению чувствительности периферических тканей к инсулину у пациентов с МС.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

*Абдуразакова Р.Ш.
Самаркандский медицинский институт*

Актуальность. По частоте инвалидизации психическая патология вышла на 3-е место после легочных и сердечно-сосудистых заболеваний. Инвалиды вследствие психических расстройств и умственной отсталости составили 9,5% от общего числа инвалидов.

Психические заболевания относятся к кругу патологий, которые склонны к хроническому течению, приводящему к социальной дезадаптации и инвалидности. При этом значительный процент составляют случаи, когда несостоятельность обнаруживается уже в раннем детском и подростковом возрасте. Прогноз ранней инвалидности вследствие психических

болезней и умственной отсталости принято считать неблагоприятным, поскольку большинство инвалидов по достижении 18 лет остаются нетрудоспособными.

Актуальность работы обусловлена также ростом числа инвалидов вследствие психических расстройств и умственной отсталости во всех возрастных группах, в том числе у детей и подростков.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является определение динамики инвалидности вследствие психических болезней и умственной отсталости и анализ факторов, влияющих на социальную адаптацию инвалидов с детства на этапе катамнеза.

Методы исследования. В соответствии с целями и задачами исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Результаты исследования. Психические расстройства, ставшие причиной инвалидности в детстве, были объединены в более крупные, сходные по этиологии, генезу, проявлениям, симптоматике нозологические группы:

- шизофрения и расстройства шизофренического спектра (шизотипические рва, шизоаффективные психозы), далее - РПС;

- умственная отсталость различных степеней, далее - УО;

- психические расстройства вследствие эпилепсии (астенические), неврозоподобные, расстройства личности;

- органические расстройства личности и поведения различного генеза.

Нозологическое распределение обследованных пациентов было следующим: РПС - 41%; УО - 40%; психические расстройства вследствие эпилепсии - 11%; органические расстройства личности и поведения - 8%.

Было выявлено, что чаще всего инвалидизируются пациенты, наблюдающиеся по поводу тяжелой степени умственной отсталости и расстройств личности при эпилепсии (инвалидность детства получили все больные, наблюдавшиеся в ПНД с этим диагнозом); реже всего - пациенты, страдающие легкой умственной отсталостью (11% больных) и органическими расстройствами личности (5,8%).

В большинстве отечественных исследований группа инвалидности является основным критерием степени социальной дезадаптации инвалидов с детства во взрослом возрасте, опираясь на который, можно выделить наименее адаптированный контингент.

Так, наибольший процент инвалидов I группы отмечался среди пациентов, наблюдавшихся по поводу деменции вследствие эпилепсии, чуть менее высокие показатели наблюдались среди больных с диагнозом «шизофрения, детский тип» и «эмоционально-лабильное расстройство вследствие эпилепсии». Отказ от оформления инвалидности взрослого возраста чаще всего встречался среди инвалидов детства, страдающих шизотипическим расстройством, параноидной шизофренией и органическим расстройством личности и поведения, что нельзя считать общей тенденцией, учитывая малое количество больных в группах.

Пациентам с задержками развития и УО в старшем дошкольном возрасте показано определение интеллекта с помощью тестовых методик, что способствует правильному выбору образовательного маршрута. Следует учитывать, что выбор надомной формы обучения снижает возможности пациента в плане социализации и является наименее предпочтительным.

Больным с тяжелой и умеренной УО целесообразно оформлять инвалидность детства без повторного переосвидетельствования.

Необходимо проводить разъяснительную работу с родителями о необходимости привития «установки на труд» и тренинга бытовых навыков даже инвалидам с тяжелыми психическими расстройствами

При решении вопроса об оформлении инвалидности может быть использована «Шкала навыков, необходимых для социальной адаптации» для уточнения степени социальной несостоятельности пациентов.

Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в проведении более длительных катамнестических исследований с целью уточнения возможностей трудовой адаптации инвалидов, на момент совершеннолетия продолжающих обучение; определении влияния медико-биологических и социальных факторов на последующую адаптацию пациентов, не являющихся инвалидами детства; дальнейшем изучении динамики и патоморфоза детских психических расстройств.

Несмотря на неблагоприятный трудовой прогноз детской инвалидности достижение приемлемого уровня социально-бытовой адаптации было возможно даже у больных умеренной и тяжелой УО. Ведущее значение имели правильно выбранный профиль обучения, тренинг бытовых навыков в школе и дома, правильная позиция семьи, стимулирующая пациента к самостоятельности.

Вывод. Полученные в ходе исследования данные способствуют определению прогноза ранней детской инвалидности при различных психических заболеваниях и умственной отсталости и возможной превенции инвалидности взрослого возраста для данного контингента. Определение степени несостоятельности в различных сферах жизнедеятельности позволяет выработать социореабилитационные подходы, способствующие наиболее успешной социально-трудовой адаптации инвалидов детства во взрослом возрасте. Результаты работы облегчают выявление факторов риска наступления ранней инвалидности, а также плохой социально-трудовой адаптации по достижении совершеннолетия.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПАЦИЕНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдуразакова Р.Ш.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) — наиболее значимое по своим масштабам (эпидемиологическим, социальным, финансовым) заболевание в мире. В настоящее время артериальная гипертензия является самым распространенным хроническим заболеванием в урбанизированных регионах мира и наблюдается у 15—40 % взрослого населения. Распространенность АГ в детском и подростковом возрасте составляет от 4,8 до 18 %, в зависимости от

возрастной группы и выбранных критериев диагностики. На ранних стадиях течение АГ часто бессимптомное или малосимптомное, а патогенез и клинический симптомокомплекс связаны с психологическими и психофизическими характеристиками больного.

Заболевание может привести к ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспектах жизни человека и способно повредить его карьеру. Эмоциональные факторы и ограничения в социальной сфере могут восприниматься больным как более важные, чем контролируемые лечением, симптомы.

Таким образом, для профилактики снижения работоспособности и качества жизни пациентов с АГ необходимо учитывать и особенности их психологического состояния. Это требует назначения в комплексной терапии помимо традиционных мер и психологической коррекции.

Цель исследования. Определить спектр пограничных психических нарушений, их клинико-динамические особенности и качество жизни у пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии с разработкой комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Материалы и методы исследования. В исследовательской выборке из 112 пациентов разделенных на группы была определена структура психопатологических расстройств.

Результаты исследования. У пациентов с I стадией АГ чаще встречались психовегетативные психодезадаптационные состояния 52,9 % (9 пациентов). Вегетативные проявления выражались, прежде всего, неприятными ощущениями в области сердца, ознобом, дрожью, чувством нехватки воздуха, внезапными сердцебиениями на фоне общей астении и нарушениями сна. Невротические расстройства были представлены рубриками: F 41 тревожные расстройства - 35,3 % (5 пациентов) и F 43 расстройства адаптации - 5,8 % (1 пациент). Пациенты жаловались на внутреннее беспокойство, напряжение, настороженность, ощущение «сдавления сердца», транзиторные боли в сердце, мышечную скованность, невозможность расслабиться, нетерпимость к окружающим, ожидание неприятных событий. Нарушения адаптации выражались в кратковременных депрессивных реакциях, длившихся в течение 1,5-2-х недель, пациенты «переосмысливали» жизненную программу, снижалось настроение, наблюдалась заторможенность, сужались коммуникативные потребности. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте выявлены в 11,7% случаев (2 пациента).

У пациентов с ГБ II стадии среди психопатологических расстройств чаще всего выявлялись невротические расстройства тревожного спектра F 41 - 34 % (17 пациентов), расстройства адаптации F 43 - 24 % (12 пациентов), неврастения (F 48.0) - 6 % (3 пациента). Тревога проявлялась не только психическими проявлениями, но и имела выраженный соматический компонент.

Состояние ухудшалось после гипертонических кризов, которые вызывали еще большее напряжение в психической сфере, в ряде случаев наблюдались панические атаки. Расстройства адаптации выражались астеническими проявлениями с выраженным депрессивным компонентом: наблюдалась подавленность, безрадостность, затруднения в прогнозировании событий жизни, пациенты констатировали утрату интересов к работе, карьере, личной жизни. Неврастения проявлялась астенизацией, раздражительностью, снижением работоспособности, когнитивными затруднениями и вегето-соматическими симптомами (кожный зуд, похолодание конечностей, разбитость, слабость) и поведенческими проявлениями (суетливость, дезинтегрированность, ослабление внимания).

Аффективные расстройства определялись в 6 % (3 пациента) с отчетливыми снижениями настроения или со стертой симптоматикой, когда на первый план выступала подавленность, вялость, стремление к уединению, снижение самооценки, бесперспективности на работе, социальной жизни и квалифицировались как легкий депрессивный эпизод (F 32) - 4 % (2 пациента) и дистимия (F 34.1) - 2 % (1 пациент). У пациентов со II стадией артериальной гипертензии симптоматика ПДАС встречалась реже - в 20% (10 пациентов) по сравнению с пациентами, имеющими I стадию.

У пациентов с III стадией невротические расстройства определялись в 52,9 %: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) - 35,3 % (12 пациентов), тревожные расстройства (F41) - 17,6 % (6 пациентов). Число пациентов с психическими расстройствами, обусловленными повреждением и дисфункцией головного мозга составило 20,6 % случаев (7 пациентов): тревожно органические проявления (F06.4), органическое астеническое расстройство (F06.6). Аффективные расстройства наблюдались в 14,7 % случаев: депрессивный эпизод (F32) - 8,8 % (3 пациента) и дистимия (F 34) - 5,9 % (2 пациента). Психодезадаптационные состояния диагностированы в 11,8 %, чаще отмечался дистимический вариант.

У пациентов с гиперлипидемией с одинаковой частотой встречались невротические (36,4 %) и органические расстройства (36,4 %). Психодезадаптационный синдром выявлен в 27,3 %, из них с дистимическими (18,2 %) и психовегетативными (9,1 %) проявлениями.

Вывод. Предложен комплекс мероприятий, направленный на раннюю диагностику, терапию и профилактику психических расстройств у пациентов, страдающих артериальной гипертензией и учитывающие особенности каждой стадии заболевания.

Комплекс включает психообразовательные, психотерапевтические и психофармакологические программы. При донологических расстройствах реабилитационные программы включают образовательные и диагностические мероприятия, направленные на выявление факторов риска возникновения психических расстройств и коррекцию психопатологических нарушений. При невротических, аффективных и органических расстройствах терапевтический комплекс дополняется психотерапевтическими и психофармакологическими курсами. Предложенный комплекс мероприятий позволит оптимизировать раннее выявление, коррекцию и профилактику психических расстройств у пациентов с артериальной гипертензией.

ФАКТОРЫ РИСКА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуразакова Р.Ш.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. Большинство исследований определяют агрессию как любую форму поведения, которая нацелена на то, чтобы причинить кому-то физический или психологический ущерб. Вместе с этим данное определение не является общепринятым, и сегодня термин «агрессия» имеет много значений как в научных трудах, так и в обыденной речи. В результате мы не всегда можем быть уверены в том, что же имеется в виду, когда индивид характеризуется как «агрессивный» или действие определяется как «насильственное». Порой и словари оказываются не сильно полезными. Например, в некоторых из них говорится, что слово «агрессия» обозначает насильственное нарушение прав другого лица и оскорбительные действия или обращение с другими людьми, равно как и дерзкое, ассертивное поведение. В этом определении представлены весьма разнообразные действия, но все они обозначаются словом «агрессия».

Многие исследователи подчёркивают разную степень опасности психопатологических состояний. К примеру, состояния расстроенного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций - сумеречные расстройства сознания являются наиболее опасными синдромами; наименее опасными являются астенические проявления. Умеренную опасность представляют галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и психопатоподобные синдромы. Наряду с этим в реализации агрессии при всех упомянутых психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, значительную роль играют преморбидные личностные установки больного. В одних случаях они приводят к лёгкому возникновению агрессивно-насильственного поведения, зачастую даже к повторным, однотипным агрессивным действиям; в других - препятствуют таким поступкам.

Цель исследования. Основной целью исследования является совершенствование диагностики, установление закономерностей психопатологических состояний, обуславливающих вовлечение больных с психической патологией в агрессивные формы поведения, на основе комплексного изучения их клинических, социальных и личностных особенностей и поиск прогностических критериев агрессивных проявлений.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования группы пациентов с аффективными нарушениями в количестве 114 человек. Выборка формировалась на синдромальном уровне из амбулаторного контингента больных с преобладанием в структуре психопатологических проявлений аффективной симптоматики (от субдепрессивной симптоматики до маниакальных состояний) в рамках различной нозологии.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании 114 пациентов, согласно критериям МКБ-10 установлены следующие диагнозы: шизофренические процессы (F-20, 21, 23, 25) 59 случаев (51,8 %); органические расстройства (F-06, 07) 23 случая (20,2%); биполярные аффективные расстройства (F-31) 6 случаев (5,3%); депрессивные эпизоды (F-32) 13 случаев (11,4%); дистимии и циклотимии (F-34) 4 случая (3,5 %); невротические и соматоформные расстройства (F-40-48) 9 случаев (7,9%).

Структура пациентов, в зависимости от синдрома аффективных расстройств была представлена следующим образом: астенодинамический тип (n=38) - 33,3%; тоскливомеланхолический тип (n=8) — 7,0%; тревожнофобический тип (n=32) - 28,1%; маскированный тип (n=4) - 3,5%; дисфорический тип (n=13) - 11,4% и гипоманиакальный тип (n=19) — 16,7%.

У пациентов с аффективными расстройствами, по сравнению со здоровыми испытуемыми, отмечается более высокие показатели агрессии, по параметрам: физическая агрессия, аутоагрессия, обида, подозрительность, враждебность метода Басса-Дарки, а также параметрам АОО-агрессия, БГО-директивность метода Э. Вагнера.

Уровень агрессивности и агрессии зависит от типа аффективных нарушений. Пациенты с дисфорическим типом аффективных нарушений значительно превосходят по параметру общая агрессивность, физическая агрессия, а пациенты с тревожнофобическим типом аффективных нарушений по параметру физическая агрессия здоровых испытуемых. В группе пациентов с экзогенными аффективными нарушениями отмечаются высокие показатели параметров вербальной агрессии и общей агрессивности в сравнении с группой больных с аффективными нарушениями эндогенной этиологии.

При аффективных нарушениях отмечается высокая склонность к агрессивному поведению в первой половине жизни (до 39 лет) и снижение во второй (старше 40 лет). При этом агрессивность в первой половине жизни реализуется за счет мужского представительства, а во второй половине жизни - женского.

В тюркоязычной этнической группе склонность к агрессивному поведению преобладала в возрасте до 40 лет, в сравнении со старшими возрастными группами этого же этноса. Значимых различий (в разрезе возрастной группировки) между тюркоязычной и славянской этническими группами не было найдено.

У лиц с аффективными нарушениями склонных к агрессивному поведению выявляется связь со следующими персонуграфическими характеристиками: а) криминогенно отягощенной наследственностью; б) раннее проявление асоциальноеTM, криминальный анамнез; в) освоение моделей агрессивного поведения в семье, особенно в условиях эмоциональной депривации и отвержения в детстве; г) признаки органического поражения головного мозга (особенно в натальном периоде); д) невысокий образовательный уровень, техническая направленность образования; е) социальная несостоятельность в большинстве сфер жизни (стойкая утрата трудоспособности, трудности трудоустройства, работа в условиях производственной вредности, нерешенные жилищные проблемы, сложности семейных отношений, ограничение социальных контактов, одиночество, бедность досуга).

В методическом подходе прогноза развития патологической агрессии следует учитывать признаки: а) неустойчивость мотивационно - ценностной структуры личности (слабость развития волевых механизмов контроля над своим поведением, способности к отсрочке удовлетворения собственных потребностей); б) низкая стрессоустойчивость; в) недоразвитие установок социального сотрудничества, отгороженностью от социума. В профилактике открытого агрессивного поведения значительную роль играет: а) адекватный выбор вида (консультативный или диспансерный) и формы диспансерного наблюдения; б) персональный анализ факторов способствующих проявлению агрессии со своевременным переводом пациентов в соответствующую группу наблюдения; в) выстраивание подобающей тактики лечебно-реабилитационных мероприятий.

Вывод. На основе полученных данных разработаны прогностические критерии, расширяющие возможности врачей для принятия мер превентивного характера, а также оценке эффективности лечебно — восстановительных мероприятий, позволяющих дифференцированно и эффективно проводить профилактику общественно опасных действий больных.

Полученные данные могут быть использованы в работе участковых психиатров для выявления вероятности агрессивного поведения больных. Восполняют дефицит представлений о психопатологических механизмах, личностных и социальных особенностях, активизирующих патологическое агрессивное поведение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДЕЛИРИОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Абдуразакова Р.Ш.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. Классический алкогольный делирий начинается постепенно. В его течении четко выделяется продромальный период и три стадии. Для этой формы болезни характерно непрерывное течение, однако примерно в 10% случаев развивается 2 или 3 приступа, разделенных короткими (до 1 суток) светлыми промежутками. Делирий обычно заканчивается остро, после продолжительного глубокого сна. Реже отмечается постепенное исчезновение симптомов. Продолжительность классического делирия колеблется от 2 до 8 дней, в 5% случаев наблюдается затяжное течение.

За последние десятилетия значительно возросла распространенность алкоголизма среди женщин. На фоне снижения общей заболеваемости алкоголизмом в мире (темп среднегодового прироста за последние 5 лет снизился на 9,8%) отмечается увеличение заболеваемости алкоголизмом среди женщин (темп среднегодового прироста за последние 5 лет увеличился на 1%). Отмечен рост числа молодых женщин в общем количестве больных алкоголизмом, а также более раннее по возрасту начало приобщения девушек к употреблению алкоголя с 12-15 лет. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы и США сейчас находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и менее. Похожим было это соотношение и в нашей стране: так в 2015 г. оно было 1:9, в 2020 составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:4. Это обусловлено не только ростом заболеваемости, но и ростом обращаемости больных алкоголизмом женщин, несмотря на то, что своеобразный социальный «запрет» приводит к тому, что женщины скрывают свои алкогольные проблемы, и в поле зрения врача попадают лишь тяжелые формы болезни.

Таким образом, на настоящий момент недостаточно изучены клинические особенности тяжелого ААС у женщин больных алкоголизмом, в частности пределириозного состояния, данные о котором практически отсутствуют. Факторы, способствующие развитию пределириозного состояния у женщин, также требуют дополнительного рассмотрения. Представляет интерес изучение различных схем терапии тяжелого ААС и пределирия у женщин и соотношение их с клиническими особенностями указанных состояний.

Цель исследования. Провести клинико-психопатологическое исследование больных алкоголизмом женщин с пределириозным состоянием и разработать дифференцированные терапевтические рекомендации для лечения данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 97 больных алкоголизмом женщин в возрасте от 24 до 68 лет, средний возраст пациенток составил $43 \pm 9,3$ года. 78 больных наблюдались автором лично, сведения о 19 пациентках были получены на основании анализа истории болезни.

Результаты исследования. При оценке психопатологической симптоматики при поступлении у больных выявлялись тревога, нарушения сна - трудности при засыпании, частые пробуждения, кошмарные сновидения; желание употребить алкоголь; суетливость, возбужденность, периоды психомоторного возбуждения. У всех больных в структуре пределириозного состояния и ААС тяжелой степени присутствовали выраженные расстройства депрессивного круга - подавленное настроение, плаксивость, внутреннее напряжение, раздражительность, дисфория. Также наблюдались обманы восприятия в виде гипнагогических и/или гипнопомпических галлюцинаций и симптомы галлюцинаторной готовности (симптомы Липмана и/или Рейхардта).

Сравнительный анализ групп больных с тяжелым ААС и с пределирием показал, что пределириозное состояние сопровождается большей выраженностью практически всех психопатологических симптомов по шкале СВППП: тревоги ($p=0,000$), раздражительности ($p=0,000$), желания употребить алкоголь ($p=0,000$), кошмарных сновидений ($p=0,001$), страха ($p=0,001$), внутреннего напряжения ($p=0,002$), подавленного настроения ($p=0,003$), дисфории ($p=0,005$), частых пробуждений ($p=0,011$), психомоторного возбуждения ($p=0,016$), трудностей при засыпании ($p=0,037$), и ряда соматовегетативных симптомов: тремора ($p=0,000$), потливости ($p=0,005$), атаксии ($p=0,006$), тяжести в голове ($p=0,015$), сердцебиения ($p=0,054$). В отношении идей виновности, тяжести со стороны внутренних органов, разбитости, тошноты, снижения аппетита, головной боли, жажды статистически значимых различий между группами не выявлено.

Анализ анамнестических данных показал, что у больных с пределирием предшествующий госпитализации запой был на 5-7 дней продолжительнее, чем предыдущие, суточные дозы употребляемого во время последнего запоя алкоголя были на 100-300 мл выше характерных для данной больной.

Эффект от проводимой терапии быстрее развивался в группах III и IV: доля пациенток с отчетливым клиническим улучшением состояния и более чем 50% редукцией симптомов при оценке по шкале СВППП на 3-й сутки лечения превысила 60% ($p=0,02$), а к 5-м суткам увеличилась до 95% ($p=0,001$). В группах I и II данные значения составили 50% ($p=0,664$) и 80% ($p=0,007$) соответственно.

При оценке динамики психопатологических симптомов установлено, что в группе III по сравнению с группой I и в группе IV по сравнению с группой II статистически значимо быстрее снижались тревога ($p=0,02$ и $0,033$ соответственно), трудности при засыпании ($p=0,03$ и $0,027$ соответственно), частые пробуждения ($p=0,025$ и $0,031$ соответственно), желание употребить алкоголь ($p=0,025$ и $0,003$ соответственно), раздражительность ($p=0,003$ и $0,004$ соответственно), внутреннее напряжение ($p=0,031$ и $0,038$ соответственно).

При оценке динамики соматовегетативных симптомов выявлено, что в группе III по сравнению с группой I и в группе IV по сравнению с группой II быстрее уменьшались интенсивность тремора, атаксии и потливости, но эти различия не достигали уровня статистической значимости.

Таким образом, включение галоперидола в схему терапии привело к прекращению развития алкогольных делириев, более полному и быстрому купированию пределириозного состояния у женщин.

На фоне проводимой терапии статистически значимых различий в динамике биохимических показателей между больными, получавшими различное лечение, выявлено не было. Во всех группах наблюдалось снижение уровней АЛТ,

АСТ, ГГТ примерно на 25% от исходного к 7-му дню терапии, при этом средний уровень АЛТ превышал нормальное значение примерно в 1,5 раза, а уровни АСТ и ГГТ - в 3 раза. Остальные биохимические показатели находились в пределах нормальных значений.

Оценивалась переносимость применяемых схем лечения. Побочные эффекты были отмечены во всех группах, однако все они расценивались как легкие или умеренно выраженные и не требовали отмены терапии. Чаще других встречались разбитость, сонливость. Экстрапирамидных расстройств, возможных при применении галоперидола, не отмечалось. Статистически значимых различий по частоте развития побочных эффектов в группах, получающих различную психофармакотерапию, обнаружено не было.

Вывод. В результате проведенного исследования установлены факторы, способствующие развитию, и выявлены клинические особенности пределириозного состояния у женщин. Это позволяет выявить среди поступающих пациенток группу риска развития пределириозного состояния. Своевременная адекватная комплексная терапия таких больных с использованием низких доз галоперидола позволяет эффективно и безопасно купировать проявления ААС, предотвращает развитие делирия.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Абдуразакова Р.Ш.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. Проблемы социальной адаптации больных шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания продолжают оставаться объектом многих клинических и эпидемиологических исследований. Однако работы, касающиеся этих вопросов в определенных возрастных популяциях, и, в частности, второй половины жизни больного, недостаточно полные. Между тем, в группе учтенных пациентов 40 лет и старше с началом болезни в более раннем возрасте наибольшее представительство имеет шизофрения. Известно, что в первые годы болезни удельный вес инвалидизированных больных постепенно нарастает, но на отдаленных этапах течения процесса происходит некоторое снижение доли инвалидов. В связи с этим важным является выявление значимых факторов, влияющих на возможности больных к приспособлению в обществе и оценка степени сохранности их исходного уровня социальной адаптации, что в свою очередь необходимо для разработки реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Определение взаимоотношений различных вариантов клинической и социальной адаптации у больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, и разработка на этой основе дифференциальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали 118 больных мужского пола, страдающих шизофренией в возрасте от 22 до 64 лет (средний возраст 32,4±6,2 года).

Результаты исследования. Популяция больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, является неоднородной по комплексу клинических и социальных характеристик, а также типам адаптации, показателям социального функционирования и качества жизни.

В зависимости от механизма совершения общественно опасных действий (ООД) особая общественная опасность может быть обусловлена различными особенностями противоправного поведения: при негативно-личностном механизме она преимущественно ассоциирована с совершением повторных деликтов (49,4 %), в том числе 61,2 % больных данной группы имели криминальный опыт в преморбидном периоде, при продуктивно-психотическом механизме — со склонностью больных к совершению тяжких и особо тяжких ООД (81,8 %).

Для больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, характерна более выраженная уязвимость в различных социальных сферах: низкий образовательный уровень ($p<0,05$), воспитание в неполной семье (63,5 %, $p<0,05$), совершение девиантных (57,6 %) и делинквентных (40,0%) поступков в преморбидном периоде ($p<0,001$), а также отсутствие на момент ООД собственной семьи (63,5 %, $p<0,05$). В то же время тяжесть заболевания, проявлявшаяся в достоверно большей выраженности психотической ($p<0,05$) и общепсихопатологической ($p<0,05$) симптоматики, выявляемой по шкале РАБЫЗБ, была свойственна группе больных с продуктивно-психотическим механизмом.

В группе пациентов с интегративным типом адаптации, при достаточно высоких объективных показателях социального функционирования, опрошенные выражали меньшую удовлетворенность своим образованием, материальным положением и широтой круга общения, а также завышали оценку по вертикали дневной активности и обеспеченности одеждой. Особая общественная опасность таких больных определялась выраженной психотической симптоматикой в период обострения (галлюцинации, бред, психические автоматизмы), способствовавшей совершению тяжких ООД противобличностного характера. В ремиссии отмечалась незначительная выраженность негативных расстройств с формированием полной критики к перенесенным в психозе переживаниям, а также сочетание высоких клинических и социальных показателей.

Дифференцированная реабилитационная тактика у больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, наряду с учетом ведущего психопатологического синдрома должна строиться в соответствии с типом адаптации и профилем качества жизни пациентов.

При деструктивном типе адаптации применялись адекватные дозировки препаратов, предпочтение отдавалось пролонгированным формам. Основной акцент в психосоциальных мероприятиях делался на формирование более реального представления о себе и болезни, формирование комплаентности в отношении фармакотерапии.

Таким образом, применявшиеся терапевтические схемы позволяли надежно контролировать основные симптомы заболевания и достичь выраженного противорецидивного эффекта, в первую очередь у пациентов с продуктивно-психотическим механизмом ООД. Обследованные из группы пациентов, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, в силу имевшихся у них клинико-социальных особенностей обладали меньшим лечебно-реабилитационным потенциалом. Несмотря на это, подбор адекватных схем медикаментозной терапии и целенаправленное воздействие на

устранение дезадаптирующих факторов социума позволяли достичь весьма высоких результатов, что положительно сказывалось на степени их общественной опасности.

Вывод. На основании полученных результатов исследования были предложены лечебно-реабилитационные маршруты для больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность. Дифференцированный подход к оценке удельного веса психофармакологических, психокоррекционных и социотерапевтических мероприятий для пациентов с различными типами адаптации позволил повысить эффективность вторичной профилактики ООД.

Выявленные закономерности уровня адаптации и качества жизни больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, наряду с клиническими особенностями, послужат основой для создания комплексных психореабилитационных программ (биологического и социально-психологического уровней), учитывающих интересы самого пациента и его окружения. Полученные результаты могут быть использованы для проведения дальнейших научных исследований в данном направлении, а также включены в программы последипломного обучения врачей по психиатрии и судебной психиатрии.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН

Абдурахманов М.М.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Актуальность проблемы. Несмотря на значительный прогресс в диагностике, профилактике и лечении острых венозных тромбозов и тромбоэмболий легочной артерии, венозные тромбоэмболические осложнения до сих пор остаются нерешенной проблемой и являются одной из основных причин летальных исходов. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО)— это собирательное понятие, объединяющее тромбоз глубокой венозной системы конечностей (ТГВ), поверхностных (подкожных) вен (тромбофлебит) и непосредственно тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА). Социальная и экономическая значимость проблемы обусловлена тяжелым течением флеботромбоза, фатальными осложнениями, развитием посттромботической болезни и снижением качества жизни. Частота острых венозных тромбозов (ОВТ) достигает 160 случаев на 100 тыс. населения. Рецидивирующее течение венозных тромбозов также является проблемой, так как диагностируется только у 20% больных в первые пять лет после первичного венозного тромбоза, в остальных случаях данный диагноз не имеет отражения. Несмотря на важность проблемы венозных тромбоэмболических осложнений и неудовлетворительные результаты профилактики ОВТ и высокую частоту развития осложнений, на сегодняшний день отсутствуют единые подходы к прогнозированию развития венозных тромбоэмболических осложнений, данные вопросы требуют дальнейшего исследования и комплексного решения.

Цель исследования - изучение влияния продления терапии эноксапарина натрия до 1 мес. с последующим переходом к использованию пероральных антикоагулянтов, на эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии у больных тромбозами глубоких вен (ТГВ) за 6-месячный период наблюдения.

Материалы и методы. Рассмотрены результаты проспективного наблюдения на протяжении 6 мес. за 45 больными (20 мужчин, 25 женщин) в возрасте 19—76 лет (в среднем 54 года), у которых диагностирован первый или повторный эпизод окклюзионного ТГВ голени. Пациенты 1-й группы (n = 22) получали стандартную терапию — НФГ/НМГ в течение 10—14 дней с последующим переходом на прием АВК (варфарин). Нагрузочную дозу варфарина 5,0—7,5 мг назначали до окончания курса гепаринотерапии. Больным 2-й группы (n = 25) вместо НФГ назначали эноксапарин натрия (применялся оригинальный Клексан®, Санофи, Франция) в лечебной дозе (1 мг/кг каждые 12 ч) не менее 30 дней. Терапию эноксапарином продолжали в амбулаторных условиях до 1 мес., затем больных переводили на прием (варфарин) по стандартной схеме. Начиная со 2-го месяца лечения больные обеих групп принимали варфарин. Длительность антикоагулянтной терапии составила 6 мес.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что традиционная терапия ТГВ, включающая короткий курс НФГ/НМГ с последующим приемом АВК, достаточно эффективна, однако не лишена недостатков. Основной проблемой при использовании НФГ является низкая биодоступность, из-за которой значения АЧТВ не достигали терапевтического диапазона у большинства пациентов. Кроме того, применение НФГ небезопасно в условиях амбулаторной помощи в отличие от терапии НМГ, которые показали свою высокую безопасность как в нашем исследовании, так и в многочисленных предшествующих. Терапия АВК, в частности варфарином, также имеет ряд особенностей, ограничивающих их применение. К ним относятся узкое терапевтическое окно, необходимость подбора индивидуальной дозы препарата и регулярного контроля МНО, а также серьезные кровотечения, частота возникновения которых составляет 1—3%. Кроме того, действие варфарина наступает не сразу (через 12—72 ч), а насыщение препаратом в среднем заканчивается к 8-му дню. Перевод больных с парентеральных антикоагулянтов на прием АВК достаточно сложен, и не всегда удается быстро достичь адекватных значений МНО. Между тем достижение адекватной антикоагуляции особенно важно на начальном этапе лечения, когда тромб «свежий». Именно поэтому в качестве антикоагулянта для начальной терапии ВТЭО мы выбрали эноксапарин и увеличили стандартный срок его применения до 1 мес. Мы предположили, что использование НМГ, превосходящего НФГ по биодоступности и оказывающего более предсказуемое антикоагулянтное действие, позволит быстрее обеспечить адекватный и стабильный уровень антикоагуляции и поэтому окажется эффективнее традиционной терапии. Результаты, полученные нами, показывают, что преимущества, полученные от продления лечения эноксапарином до 1 мес., сохраняются на протяжении полугода при условии продолжающейся терапии варфарином. Определено, что эффективность 1-го месяца лечения определяет дальнейший прогноз у больных ТГВ. Принципиально важными задачами 1-го месяца терапии являются устранение тромботических окклюзий глубоких вен. Поэтому выбор эноксапарина (Клексан®), в качестве антикоагулянта для начальной терапии, а также продление лечения эноксапарином до 1 мес. представляется целесообразным. Создание адекватной антикоагуляции в 1-й месяц лечения больных ВТЭО достоверно влияет на исходы заболевания, что подтверждается меньшей частотой рецидивов ТГВ.

Выводы.

1. Выбор эноксапарина натрия в качестве антикоагулянта у больных ТГВ и продление терапии до 1 мес. имеют

значимые преимущества перед стандартной терапией НФГ не менее 5 дней с дальнейшим переходом на АВК, так как позволяют быстрее создать адекватную антикоагуляцию.

2. Создание адекватной антикоагуляции в 1-й месяц лечения больных ВТЭО достоверно влияет на исходы заболевания.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ, СИЙДИК ТОШ КАСАЛ-ЛИГИ ВА ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРНИ МЕТЕО-ТАЪСИРЧАНЛИ ИФОДАЛАНИШЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКА-СИНИ АТМОСФЕРА БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ ХИСОБГА ОЛИБ МУВОФИҚЛАШТИРИШ ЙЎСИНАЛАРИ

*Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Хамраев О.А
Андижон давлат тиббиёт институти*

Тадқиқотнинг мақсади–урологик ва нефрологик касалликларни (УрНефХ) клиник кечиши хусусиятларини атмосфера босими (АтБ) ўзгаришларига алоқадорлигини ўрганиш ва водий шароитида профи-лактикасини мувофиқлаштиришнинг айрим йўсинларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: уч йиллик клиник-метеорологик кузатувга 2364 та сийдик йўллари инфекцияси, сийдик-тош касаллиги ва гломеруляр касалликлар билан (УрНефХ) жалб қилинган беморларда олинган натижалар ретротахлилга олинди. Махсус статистик ишлов усуллари берилиб УрНефХ ифодаланишини АтБ га боғлиқликлари даражалари аниқланди.

Натижа ва хулосалар: ишончли исботландики, АтБ ни кўтарилиши ва паст-юкори даражаларда тебраниб турилиши кучайиши УрНефХ клиник кўрсаткичларини ёмонлашувига олиб келади. АтБ беморларга “талофатли” ёки “талофат хавфи”ни ортиб боришига олиб келиб патоген таъсирот ўтказди. Бу боғлиқлик рақамларда статистик ишончли шаклда тасдиқланади ($\chi^2 = 0,84$ $p < 0,001$).

Бизнинг ретротахлилларимиздан чунончи кўринадики, АтБ нинг энг паст даражасида (≤ 945 мб) симптомларни шиддатланиб ифодаланиши УрНефХ билан беморларда 0,3 фоизга ортади, кейин атмосфера босимини қуйидагича тобора ортиб боришига “метеотасирчанли занжирланиб” клиник аломатлар сони кўпайиб ва шиддатли ифодаланиб кузатилади: 950 мб гача ошиб ва тебраниб туришда – 6,0 фоизга кўпаяди ($p < 0,05$), АтБ 955 мб етиб ошганда – 13,5 фоизгача частотада аниқланади ($p < 0,01$), 960 мб гача етиб кўтарилганда – 13,4 фоизга ортиш билан ($p < 0,01$), 965 мб га атмосфера босими кўтарилишида – 23,2 фоизга ортиш билан ($p < 0,01$), 970 мб га етиб кўтарилиш кузатилганда – аломатлар кўпайиши – 20,4 фоизга етади ва 975 мб гача ошган ҳолатда – 21,5 фоизга ортиб учраши билан ($p < 0,01$) тасдиқланади.

Демак, УрНефХни номақбул клиник кечишга ўтиш ҳолатлари ва асоратланишли ифодаланишлари атмосфера босими ўзгаришлари сабаб бўлиб келиб чиққан иқлимий – метеорологик дискомфорт туфайли энг камида 8,4 мартага, бизнинг прогнозимиз бўйича ортади ($\chi^2 = 0,94$).

Бу омилларнинг давомли таъсиротида аниқланган тенденцияларни қай даражада ўзгариб боришларини ва яна олиб борилган метеопрофилактик чора-тадбирларнинг мувофиқиятини баҳолаш учун проспектив текширувларни давом этдиришни лозим деб тавсия этдик ва шундай хулосага келдик.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ГЕЛИОМЕТЕОПАТОГЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ УРОПАТОЛОГИИ

*Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.
АндоГосМИ и АФ РНЦЭМП*

В подавляющем большинстве случаев исследователями установлено, что между появлением гелиометеотропных реакций у больных урологическими заболеваниями (УрП) и метеогелиофизических факторов (МГФ) существует определенная связь. Это, прежде всего, проявляется учащением случаев УрП среди населения и увеличением их осложнений в период.

Мы имеем опыт в исследовании гелиометеопатогенных аспектов урологических заболеваний, использование которых, способствуют оптимизации существующих технологий лечения и профилактики УрП.

В целом, по данным наших работ очевидно, что при формировании и прогрессировании УрП роль одного или нескольких МГФ – неизбежно доказанный научный факт. Поэтому, на современном этапе нужны новые исследования и совершенные научные разработки с целью изучения динамики распространенности особенностей клинического течения в связи климатометеорологических и гелиогеофизических факторами регионов Узбекистана. Такие исследования, по нашему опыту, способствуют к разработке совершенных методов клиникометеогелиогеофизического наблюдения больных УрП и определению степени их связи с атмосферными перепадами и гелиогеофизическими факторами. Полученные результаты позволяют органам здравоохранения, особенно в первичном звене, экономически выгодно планировать и реализовать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия в отношении УрП. На основании результатов клиникометеогелиобиоритмологических наблюдений раскрываются возможности интегрированного подхода к метеопрофилактике и хронотерапии УрП с учетом патогенного воздействия отдельных МГФ. Так, полученные нами результаты указывают на необходимость совершенствования методов диагностики донозологических состояний врачей по метеогелиопрофилактике в первичном звене здравоохранения.

Мы убедились ещё в том что, метеогелиоклиникобиоритмологические исследования удобны и эффективны для разработки региональных моделей профилактики МГФ. Нами разработана научно-обоснованная модель профилактики УрП при помощи таблиц прогнозирования, а также биоклиматограммы, приспособленным к условиям резкоконтинентального климата. По нашим анализам, эти разработки создают научно обоснованную и практическую перспективу для проведения дифференцированных и эффективных мер по метеопрофилактике и оздоровлению больных с тяжелой уронефропатологией.

Модель метеогелиофизического прогноза позволяет не только прогнозировать развитие континуума от УрП при различных климатометеорологических или гелио геофизических условиях, но и путем осуществления ранней метеогелиопрофилактики, во-первых, уменьшить частоту госпитализации и во-вторых, снизить затраты на лечения больных.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ –ИНФЕКЦИЕЙ

Абдусалимова Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В Узбекистане на 1 ноября 2019 года насчитывалось 42098 человек, живущих с ВИЧ инфекцией. В течении 2019 года в стране было зарегистрировано 3337 случаев заражения ВИЧ, в том числе 1919 среди мужчин (57,5%) и 1418 среди женщин (42,5%). В последние годы в Узбекистане ВИЧ-инфекция среди беременных выявлено в 2017 г. - 170 случаев, 2016 г. - 219 случаев.

Цель исследования – провести обследование беременных женщин с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили 30 женщин с ВИЧ- инфекцией в возрасте 18-35 лет находящихся на диспансерном учёте в Андижанском областном центре по борьбе со СПИД.

Результаты исследования. Все беременные женщины проходили осмотр врача-инфекциониста.

ВИЧ-инфекция у беременных женщин была подтверждена выявлением специфических антител к ВИЧ при серологическом исследовании крови в реакциях ИФА и иммуноблота (ИБ).

Определение уровня CD4 лимфоцитов проводилось методом проточной цитометрии на лазерном проточном цитофлюориметре.

Были назначены анализы: определение ПЦР РНК ВИЧ количественно, определение резистентности к антиретровирусной терапии, уровень показателей иммунного статуса, определение маркеров вирусных гепатитов В, С, клинический анализ крови и биохимический анализ крови. Назначались также ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, почек, рентгеноскопия органов грудной клетки.

В понятие иммунологического исследования было включено определение количественных показателей клеточного иммунитета: Т - лимфоцитов (CD3) и их основных субпопуляций Т- хелперов/индукторов, иммунорегуляторного индекса CD4/CD8; В-лимфоцитов. Исследования проводили с использованием моноклональных антител в лимфоцитотоксическом тесте.

Диагностику биохимических результатов (АЛТ, АСТ, общий уровень билирубина, глюкоза, креатинин, амилаза) проводили при помощи стандартной методики и биохимических анализаторов.

Согласно Национальному клиническому протоколу по диспансерному наблюдению и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией (от 2015 года), регулярность и количество плановых обследований беременных женщин, состоящих на диспансерном учете по поводу ВИЧ-инфекции, зависел от стадии заболевания и уровня CD4+-лимфоцитов в крови.

Особое внимание уделяли вопросам, которые связаны с приемом антиретровирусной терапии, и делали акцент на мотивации ее начать. Когда уровень CD4+-лимфоцитов <100 клеток/мкл, тогда беременным женщинам необходимо раз в 6 месяцев проходить консультации окулиста с целью выявления ретинопатии.

Беременные женщины с положительным ВИЧ-статусом находились также под наблюдением акушер-гинекологов. Консультации других специалистов проходили при наличии показаний.

Также в план обследования беременных женщин входили такие исследования, как реакция Вассермана, иммуноферментный анализ крови на токсоплазмозный, цитомегаловирусный, герпесвирусный антигены.

Заключение. Таким образом, всем беременным женщинам необходимо проводить инструментальные исследования, лабораторные обследования, иммунологические, а также в обязательном порядке проходить осмотр врача-инфекциониста и акушер-гинеколога. При наличии показаний проводить консультации смежных специалистов.

ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Абдусалимова Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В Узбекистане проводится широкомасштабные мероприятия в борьбе с ВИЧ-инфекцией, но все же встречаются случаи заболеваемости у женщин в репродуктивном возрасте, который наносит непоправимый урон демографической ситуации в стране.

Цель исследования – провести анализ антиретровирусной терапии у ВИЧ инфицированных беременных женщин.

Материал и методы исследования.

Материалом для исследования служили 30 беременных женщин с ВИЧ- инфекцией в возрасте 18-35 лет получавших антиретровирусную терапию и находящихся на диспансерном учёте в Андижанском областном центре по борьбе со СПИД.

Результаты исследования. Согласно Национальному клиническому протоколу по диспансерному наблюдению больных с ВИЧ-инфекцией от 2015 года всем беременным женщинам предписывали антиретровирусную терапию первого ряда.

Профилактический курс лечения антиретровирусными препаратами беременных женщин живущих с ВИЧ, рекомендовали начинать уже с 14-й недели гестации.

Показания для старта антиретровирусной терапии явились наличие симптомов вторичных инфекций, которые подтверждали присутствие иммунодефицита; понижение уровня CD4+- лимфоцитов в крови; наличие и развитие активности ВИЧ, характеризующиеся уровнем РНК ВИЧ в плазме крови (ВН).

Беременным женщинам начинающим антиретровирусную терапию, была предписана схема диспансерного наблюдения. Первый прием лечащего доктора был проведен спустя 1 месяц от начала терапии. Целью данного приема являлась оценка эффективности и безопасности терапии, оценка течения ВИЧ-инфекции, вторичных и сопутствующих заболеваний, формирование приверженности и оказание психологической поддержки беременным женщинам.

В первый месяц лечения снижение вирусной нагрузки было отмечено у 23 женщин, для 7 женщин была проведена дополнительная беседа для повышения приверженности к лечению и было назначено дополнительное обследование на вирусную нагрузку через 2 мес. Далее обследования проводили с частотой один раз в 3 месяца.

Согласно Национальному клиническому протоколу по диспансерному наблюдению и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией (от 2015 года), регулярность и количество плановых обследований беременных женщин, состоящих на диспансерном учете по поводу ВИЧ-инфекции, зависел от стадии заболевания и уровня CD4+-лимфоцитов в крови.

На плановых приемах врач оценивал безопасность и эффективность проводимой антиретровирусной терапии, развития ВИЧ-инфекции, оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний.

Согласно Национальному клиническому протоколу по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией от 2015 года, лабораторные исследования пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию проводили через 1 месяц после старта антиретровирусной терапии, определяли уровень РНК ВИЧ, а затем через каждые 3 месяца на протяжении первых полутора лет лечения. Уровень CD4+-лимфоцитов контролировали также с интервалом 3 месяца с момента начала лечения.

В том случае, если через 4 недели после начала приема антиретровирусной терапии не было зафиксировано снижения уровня РНК ВИЧ более чем в 10 раз, то повторно проводили консультирование по вопросам приверженности к лечению и дополнительно проводили исследование через 8 недель после начала лечения. После того, как женщина родила, если не было клинических проявлений вторичных заболеваний, и по двум исследованиям, проведенным с интервалом не менее 3 месяцев, показатель CD4+- лимфоцитов был более или равен 500 клеток/мкл, а ВН - < 50 копий/мл, тогда контроль показателей CD4-клеток и РНК ВИЧ проводили один раз в 6 месяцев. В том случае, когда использовалась тест-система с нижним пределом линейности определения РНК ВИЧ >50 копий/мл, интервал обследования на вирусную нагрузку проводили через 3 месяцев.

Заключение. Таким образом, показанием для старта антиретровирусной терапии у беременных женщин с ВИЧ инфекцией являются наличие симптомов вторичных инфекций, понижение уровня CD4+- лимфоцитов в крови.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдусалимова Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. ВИЧ-инфекция и беременность проявляют взаимно отрицательное влияние. Дисфункция иммунной системы при ВИЧ-инфекции оказывает негативное влияние на беременность, что провоцирует более усиленный регресс иммунного ответа у ВИЧ-инфицированных женщин.

Цель исследования – изучить иммунологические показатели у беременных женщин с ВИЧ инфекцией.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили иммунологические показатели 30 женщин с ВИЧ-инфекцией в возрасте 18-35 лет находящихся на диспансерном учёте в Андижанском областном центре по борьбе со СПИД.

Результаты исследования. У всех 30 женщин беременность развивалась на фоне ВИЧ-инфекции.

Если в период с начала беременности средний уровень CD4⁺-Т-лимфоцитов составлял 318±42 кл/мкл, то через 3 месяцев он составлял 526±102 кл/мкл. Затем на фоне применяемой АРТ уровень CD4⁺-Т-лимфоцитов начинает закономерно повышаться, достигая 567±103 кл/мкл к моменту родов, что несколько превышает исходный уровень.

Все беременные женщины в начале наблюдения не имели показаний к назначению пожизненной АРТ: уровень CD4⁺-Т-лимфоцитов был > 350 кл/мкл, вирусная нагрузка < 100 000 копий/мл. У 10 женщин во время беременности отмечалось транзиторное снижение уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов меньше 350 в кл/мкл. Это явилось проявлением общих тенденций снижения CD4⁺-Т-лимфоцитов на 28-168 день беременности. У 6 женщин однократно выявлено транзиторное повышение вирусной нагрузки >100 000 копий/мл при достаточных показателях уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов, что не является показанием к началу пожизненной АРТ.

Исследования показали, что сразу после отмены АРТ и в течение последующих 6 месяцев CD4⁺-Т-лимфоциты сохраняются на более высоком, чем до беременности, уровне. Через 6 месяцев начинается снижение уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов. Это коррелирует с достижением вирусной нагрузки значимого показателя в 5000 копий/мл и выше. В результате уже через 8 месяцев после плановой отмены АРТ уровень CD4⁺-Т-лимфоцитов не отличается от среднего показателя до беременности. В дальнейшем происходит закономерное снижение числа CD4⁺-Т-лимфоцитов в среднем на 56 клеток в год, параллельно росту вирусной нагрузки в среднем на 2576 копий в год.

Использованная для анализа уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов панель для иммунофенотипирования CD3⁺/CD4⁺ предполагает также определение CD3⁺-Т-лимфоцитов. Динамика CD3⁺-Т-лимфоцитов до, во время и после беременности в целом повторяет изменения уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов, а именно: снижение в первом триместре беременности с последующим восстановлением к третьему триместру (родам), постепенное снижение после отмены АРТ. Если средний уровень CD3⁺-Т-лимфоцитов в первом триместре беременности снижается до 1298±30 кл/мкл, то в третьем триместре (перед родами) повышается до 1375±17, не достигая, в среднем, уровня до беременности, и сохраняется на данном уровне в течение 3,5 месяцев. В дальнейшем отмечается снижение уровня CD3⁺-Т-лимфоцитов

Заключение. Таким образом, у всех беременных женщин с ВИЧ инфекцией отмечается снижение уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов и увеличение вирусной нагрузки, что служит показанием для проведения антиретровирусной терапии.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ВЫЯВЛЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Абдухамидова Д.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная астма и хронические заболевания легких и их осложнения являются главными причинами заболеваемости и смертности во всем мире. Эту группу заболеваний объединяют общие факторы риска, социально-экономические детерминанты, одинаковые меры профилактики и борьбы с ними.

Интегрированный подход междисциплинарного укрепления профилактики и контроля НИЗ включает все необходимые аспекты по эффективному ведению НИЗ на уровне ПМСП: диагностика, лечение, профилактика, дальнейшее наблюдение, а также мониторинг и оценка эффективности внедрения клинических протоколов ПЕН по ведению неинфекционных заболеваний положительно влияет на качество работы ПМСП.

Цель исследования: Выявление распространения НИЗ, среди городского населения семейной поликлиники №3 города Самарканда.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в 3 семейной поликлиники г. Самарканда. Исследовали население старше 40 лет. Население отбиралось во время профилактического осмотра: В профилактическом осмотре участвовали ВОП, патронажные медсестры, заведующие отделения, лаборантки: измерялось антропометрические показатели вес, рост, определялось индекс массы тела (ИМТ), измерялось окружность талии (ОТ), измерялось АД и были проведены лабораторные исследования (анализы глюкозы и холестерина в крови, общий анализ мочи) Были изучены и проанализированы учетно-отчетные документы ВОП. Проведен опрос и осмотр населения в возрасте старше 40 лет.

Результаты: Общее число населения – 69893ч. Старше 40 лет -20335ч. Заведующими отделения был составлен план на 12 месяца. В каждом месяце приходилось обследовать 1980- ч. старше 40 лет. Ниже приведены результаты исследования шести в месяцев, с июля 2019 г. по декабря 2019г. В течение 6 месяцев нужно было обследовать

10167 (100%) человек старше 40 лет. Было обследовано 6242(61%) человек старше 40 лет. Было выявлено сердечно сосудистыми заболеваниями -1519 ч (24%), с сахарным диабетом СД -252(4%), с ХОЗЛ - 72(1%), с онкологическими заболеваниями – 29 (0,4%).

Диспансерных больных увеличилось на 37%. Было использована пакет основных услуг по ПЕН протоколу.

Выводы:

1. Распространённость среди населения №3 семейной поликлиники г. Самарканда среди исследованных старше 40 лет ССЗ - 24%, СД -4%, с ХОЗЛ - 1%, с онкологическими заболеваниями – 0,4%.
2. Не смотря по плану 10167 ч. Возрасте старше 40 лет было обследовано 6242 ч что составляло 61%.
3. Усилить работу по выявлению больных, страдающих не инфекционными заболеваниями путем - обследования обращающихся в поликлиники. Объем исследований зависит от целей обследования (установление диагноза, диспансерное наблюдение, контроль за эффективностью лечения и т.д.) и от характера заболевания, по поводу которого оно проводится.
4. Усилить работу среди населения для выявления, профилактики, ведения и контроля по НИЗ.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Аблакулова Муниса Хамракуловна

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Вопросы ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в амбулаторных условиях актуальны, так как это заболевание имеет высокую распространенность, а большинство больных с ХОБЛ чаще обращаются именно к врачам первичного звена здравоохранения. Как оценить состояние пациента с хронической обструктивной болезнью легких в течение короткого амбулаторного приема? От ответа на этот вопрос зависит объем назначенной терапии и в большой степени эффективность лечения. Врач, не являющийся специалистом в пульмонологии, должен ориентироваться на простые и четкие критерии. ХОБЛ следует заподозрить у пациента старше 40 лет на основе анализа жалоб, факторов риска, анамнеза, данных осмотра и инструментальных исследований, ведущим из которых является пикфлоуметрия с бронхолитическим тестом. В помощь врачу общей практики есть адаптированный протокол PEN для диагностики, лечения, оценки и мониторинга.

Оценка состояния пациента с ХОБЛ должна быть основана на текущей выраженности симптомов (кашля, выделения мокроты, одышки), степени тяжести ограничения скорости воздушного потока, определении будущего риска обострений заболевания и выявлении сопутствующих коморбидных состояний. Таким образом, врач во время амбулаторного приема должен акцентировать внимание на этих аспектах и отразить их в амбулаторной карте. При определении выраженности симптомов обычно не возникает сложностей, так как заключение основано, как правило, на жалобах и данных осмотра пациента. Кроме этого, для оценки выраженности одышки предложено использовать опросник САТ (самоактуализационный тест). Этот опросник хорошо известен клиницистам и может применяться для оценки тяжести одышки любого происхождения. Он состоит из четырех вопросов о связи степени выраженности одышки, которую испытывает пациент, с физической активностью. Частота использования САТ определяется индивидуально. Эксперты рекомендуют проводить САТ для оценки динамики симптомов ХОБЛ каждые 3–6 мес. Степень тяжести ограничения скорости воздушного потока определяется на основании данных пикфлоуметрии.

Цель работы. Выявить распространенность ХОБЛ, правильное определение степени риска. Оценить качества их лечения и ведения в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено ССП(сельской семейной поликлинике) Самаркандской области. Численность общего населения, прикрепленного к данному учреждению составляет 16150 человек. Из них люди старше 40 лет 6180 человек (38%), на учете по поводу ХОБЛ состояло 89 человек после применения ПЭН изучением ИПВП прибавились еще 143 человек больных (2,3%). Общее количество больных стало 232 человек(3,7%). Возраст больных, страдающих ХОБЛ колеблется от 35 лет до 82 лет. Все больные ХОБЛ были разделены по половым принадлежностям женщины 134 (57,7%), мужчины 98 человек (42,3%).

Полученные результаты. Амбулаторные карты 89 больных состоящих на учете больных ретроспективно изучены и исследованы. Основная цель исследования заключалась в том, чтобы оценить ведение и качество лечения уже диагностированных больных ХОБЛ для улучшения диагностики, лечения и ведения. Текущая комплексная оценка пациента с ХОБЛ позволяет индивидуализировать лечение. Задачами лечения ХОБЛ стабильного течения являються облегчение симптомов, улучшение переносимости физической нагрузки и общего состояния. Кроме того, лечение направлено на снижение риска прогрессирования заболевания, обострений и смертности. Амбулаторные карты 89 больных состоящих на учете больных диабетом ретроспективно изучены и исследованы. Из 89 зарегистрированных ХОБЛ только 63 (70,7%) получали лечение соответственно адаптированного клинического протокола ПЭН.

Для оценки качества оказания медикаментозной помощи больным ХОБЛ были сопоставлены адаптированный протокол РЕН ВОЗ. Немедикаментозное лечение ХОБЛ — неотъемлемая часть ведения пациентов, оно включает отказ от курения, ежедневную физическую активность, проведение вакцинации против гриппа. Отказ от курения вне зависимости от степени тяжести ХОБЛ — очень важный шаг в лечении заболевания, оказывающий влияние на темпы его прогрессирования. Анализ качества ведения пациентов с ХОБЛ на этапе первичной медицинской помощи в различных странах показывает, что врачи первичного звена рекомендуют отказ от курения и вакцинацию против гриппа далеко не всем пациентам. Основным классом лекарственных средств, используемых для лечения ХОБЛ, являются бронхолитики. Основными современными группами препаратов являются β_2 -агонисты, антихолинергические средства, комбинированные препараты и метилксантины длительного действия.

Заключение. Знание ключевых аспектов ведения пациентов с ХОБЛ в амбулаторной практике позволит врачу рационально и правильно оценить текущее состояние пациента, а также оптимизировать терапию.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Абызбаева А. С., Байкосова Г. К., Сенькина Е. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Острая хирургическая патология у больных с ВИЧ-инфекцией протекает значительно тяжелее из-за иммунодефицита, оппортунистических и сопутствующих инфекций. Особенно большую трудность представляют диагностика хирургической патологии и тактика дальнейшего лечения.

Цель исследования: Рассмотреть особенности диагностики острой хирургической патологии на примере клинического случая у пациентки с ВИЧ инфекцией.

Материал и методы исследования: Описание клинического случая диагностического поиска у пациентки 48 лет с положительным ВИЧ-статусом на протяжении 13 лет. Больная поступила в экстренном порядке в «Городскую клиническую больницу имени Н. И. Пирогова» с жалобой на острую боль в области эпигастрия, мезогастррия, фебрильную температуру, признаки кишечной непроходимости. При сборе анамнеза выявлено, что полгода назад пациентке была проведена двусторонняя сальпингэктомия. Были проведены следующие инструментальные исследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости, рентгенография брюшной полости с пассажем бария, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерная томография органов брюшной полости с контрастом. Полученные при оперативных вмешательствах материалы были отправлены на цитологическое, бактериологическое исследования, выполнено также исследование крови на онкомаркеры.

Результаты исследования: При рентгенологическом исследовании были выявлены единичные чаши Клойбера, однако исследование кишечника с пассажем барием исключило диагноз обтурационной кишечной непроходимости. При повторном УЗИ диагностировано объемное анэхогенное образование в правом мезогастррии по передне-боковой стенке брюшной полости размером 69х45х37 мм с неоднородным содержимым за счет псевдоперегородок, гиперэхогенной взвеси, распространяющееся из брюшной полости субфасциально через мышечные слои, через дефект брюшины 18х22 мм. Было выявлено при иммунохимии повышение онкомаркера СА 72-4, заподозрена онкопатология. Для уточнения диагноза выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с контрастом, выявлен абсцесс области правого мезогастррия, осуществлена тонкоигольная пункция образования под УЗИ навигацией, получен гной. На 10 сутки госпитализации проведена операция по вскрытию, ревизии, санации и дренированию брюшной полости.

При цитологическом исследовании изменений не обнаружено. Трехкратное бактериологическое исследование, несмотря на септический характер полученного материала, не выявило возбудителя. Пациентка выписана на 12 сутки после операции, рана очистилась, заживала вторичным натяжением. Повторное УЗИ патологии не выявило.

Выводы: Таким образом, внеорганные абсцессы при ВИЧ-инфекции с локализацией в брюшной полости - одна из наиболее частых острых хирургических заболеваний. Диагностика данной патологии является затруднительной, поскольку абсцессы при ВИЧ характеризуются атипичностью течения, клинические симптомы слабо выражены и не соответствуют тяжести патологических процессов и результатам дополнительных инструментальных методов исследования. Для них характерны сопутствующие оппортунистические инфекции, возбудители которых зачастую являются внутриклеточными паразитами, в связи с чем проведение бактериологического исследования не дает информации об этиологии данной патологии и затрудняет выбор антибактериальных препаратов для лечения.

ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТИДА ЖЎҒРОФИЙ, ЭТНИК ВА ГЕНДЕРЛИК ҚИРРАЛАРИ

*Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ*

Миокард инфарктини тарқалиши, клиник кечиши ва профилактикаси турли мамлакатларда, ҳар хил иқлимий шароитларда ва аҳоли гуруҳларида яқдил эмас. Бу ҳақда, айниқса кейинги йилларда, тадқиқотчилар томонидан тобора кўп маълумотлар берилмоқда. Ушбулардан кўриш мумкин-ки, миокард инфарктини турли иқлимий – жўғрофий ҳудудларида ва тафовутланувчи аҳолининг этник гуруҳларида, унинг тарқалиши ва хатар омилларини ҳисобга олиб ривожланиши қирраларини жиддий ўрганиш, ҳам зарурият ва ҳам, эҳтиёжга айланган.

Тадқиқотнинг мақсади – ўткир миокард инфарктини (ЎМИ) Фарғона водийси иқлимий шароитида жўғрофий, этник ва гендерлик қирраларини ўрганиш ҳамда баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: халқаро қўламда скринингли популяция текширувларида тўпланган тажрибаларни ҳисобга олган аналитик эпидемиологик текширув Фарғона водийсининг Андижон жўғрофий ҳудудида (сув хавзаларидан катта масофада жойлашган, иқлими иссиқ, ўта қуруқ, кучли континенталли) амалга оширилди. Текширувга объект сифатида РШТЁИМ АФдан ўтган ≥ 20 -80 ёшли аҳоли (1554 та) олинди, аёллар – 821 та ва эркеклар – 733 та.

Натижалар ва хулосалар: ЎМИ текширилган популяцияда 26,5 фоиз даражада қайд қилинади, салкам 30,0 фоизга етиб этник эркек – аёллар гуруҳларида тафовутланади. Жумладан, жами ЎМИнинг 60,2 фоиз эркекларда ва 39,8 фоиз аёлларда тарқалиш частотаси билан қайд этилади ($p < 0,05$). Ёш омили ЎМИни кучли хатар омили сифатида, бизнинг кузатувимизда ҳам, тасдиғини топади. Яна бир “қиррани” кўриш мумкин: ЎМИ текширув ҳудуди аҳолисида маълум даражада ёшарган ёки бизнинг 45 йил бурун олган натижаларимизда “ушбу касалликнинг ривожига хавфи 40 ёшдан кейин кучаяди” деб эпидемиологик хулоса қилинган бўлса, эндиликда ЎМИ мисолида уни 10 ёшга ёшарганини кўриш мумкин. Чунончи, 30 ёшдан бошлаб ЎМИ учраши 100 тани салкам тўрттасига (3,6 фоиз) тўғри келиб, тадқиқотимизда қайд этилди. Бошқа ёш оралиқларида ҳам “ўсиш” кўрсаткичлари кузатилди, ЎМИ қуйидагича тарқалиш частотаси билан турли ёш гуруҳларида қайд этилди: 30-39 ёшлиларда – 3,6 фоиз, 40-49 да – 25,4 фоиз (ўсиш суръати – 21,9 фоиз; $p < 0,001$), 50-59 да – 27,3 фоиз (ўсиш суръати – 22,7 фоиз; $p < 0,001$), 60-69 да – 28,7 фоиз (ўсиш суръати – 25,1 фоиз; $p < 0,001$), 70-79 да – 29,4 фоиз (ўсиш суръати – 25,8 фоиз; $p < 0,001$) ва 80 ёшдан ошганларда – 22,6 фоиз (ўсиш суръати – 19,0 фоиз; $p < 0,001$).

Демак, нафакат даволаш амалиётида, балки барвақт ЎМИни аниқлаш ва профилактикасини амалга ошириш маҳаллий дастурларида ҳам ЎМИнинг бугунги, қайд этилган, қирраларини, назардан четда қолдирмаслик, сўзсиз, илмий-амалий салоҳият касб этади.

МИОКАРД ИНФАРКТИ: ШОШИЛИНЧ ПРОФИЛАКТИКАСИ УЧУН ТАЯНЧ ЭПИДЕМИОЛОГИК НАТИЖАЛАР

*Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ*

Миокард инфаркти (МИ) муаммоси барча мамлакатларда жиддийлашган ва бунинг асосий сабабларидан бири сифатида эпидемиологик вазиятларни ушбу ҳасталикларда етарлича эътиборга олинмаслиги кўрсатилади. МИ профилактикасида оид тавсияномаларга амал қилинмаслик ёки даволаш жараёнида уларни инкор этиш кабилар маълум даражада сабаб бўлиб ушбу ҳасталикни хатар суръатлари аҳоли орасида деярли аксарият мамлакатларда ўсган ёки ўсиш тенденцияси прогност қилинади.

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси шароитида миокард инфарктини профилактикаси учун таянч эпидемиологик натижаларни аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: РШТЁИМ АФ да уч йиллик проспектив аналитик эпидемиологик текширув амалга оширилди, 412 та МИ билан беморлар таҳлил қилинди, ёш гуруҳлари ≥ 20 -80 ёш ва уларнинг 248 тасини эркеклар ва 164 тасини аёллар ташкил этди. МИ ташхиси халқаро клиник тавсиялар бўйича қўйилди.

Натижалар ва хулосалар: шошилиш тез тиббий ёрдам бўлимларига ётқизилган беморларда аксарият “биринчи тиббиёт бўғинида” ва шифохонагача тезкор ёрдам шароитида эпидемиологик мониторингни, жумладан, фармаконадзорат ва фармакоэпидемиологик фаолиятни етарлича эмаслиги тасдиқланади. Ретрокузатув ва таҳлил кўрсатадики, изчил тарзда диспансеризация, бирламчи ва иккиламчи профилактика айнан мазкур йўналишда кучайтирилса, бизнинг прогностик таҳлилларибиз бўйича, айрим ҳолларда то 100,0 фоизга етиб бориб ижтимоий – тиббий – иқтисодий талофатлар (“охирги нукта”лар) МИдан водий шароитида камайиши мумкин. Кузатувларимиздан кўзга ташланадики, абориген аҳоли МИни оғриксиз тури ва салкам 20,0 фоизда асоратланиш босқичида ташхис қўйиш ҳолати мавжуд.

Фикримиз-ча, шошилиш тез тиббий ёрдамга мурожаат қилган аксарият “терапевтик дискомфорт” билан беморларда МИга нисбатан ташхисий сергаклик талаб этилади.

Мисол тариқасида... Хорижлик мансабдор шахс тасодиф билан, ўзида ҳеч қандай аломат бўлмаган ҳолда, шошилиш кардиология бўлимига ташириб буюради. “Мутлоқ соғлом кўзгули” шахс (комплекс таҳлил қилинганда, жумладан, ЭКГ ўзгаришсиз), 3 та аломат эътиборни тортади: бир кун илгари от миниб сайр қилиш пайтида – 2-3 дақиқа бўлашиб, бош айланиши ва кучли терлаш оини бўлиб ўтганлиги, шахсни кекса ёшдалиги ва юрак аускультациясида – протодиастолик “гало ритми”ни яққол ифодаланганлиги..... Ўткир миокард инфаркти ташхиси гумонланди ва 18 кун шифохона шароитида мувофиқ терапия, реабилитация дастури ўтказилди, бемор норозилик қайфияти сакланиб қолганига қарамадан. Юртига кетиб, ўша пайтлар бизда имконияти бўлмаган инвазивли текшириш усулига (коронарографияни) мурожаат қилади ва 4 ҳафталик бошдан ўтказилган МИ ташхисланади.

Тадқиқотимизда тасдиқланди-ки, миокард инфарктини замонавий кечишида сезиларли ўзгаришлар кузатилади. Хусусан, текширилган ҳудудимизда МИ 47,0 фоиз ҳолларда “хос ангинос синдром”сиз бошланади ёки давом этади, ҳар

бешинчи мижозда “никобли” кечади (энг кўп учрайдиган турлари – инсультникобли, коллапсникобли ва аритмикникобли ифодаланиши) ва 2,7 фоиз вазиятларда, МИ қайси босқичида бўлишига қарамасдан, юрак тампонадаси тахдид солиб туради.

Ушбулардан келиб чиқиб, МИ илк онларидан шошилиш профилактика дастурини тузиш ва уни даволаш – реабилитация протоколлари фаол жорий қилиш ёки изчил амалга ошириш, ўйлашмики, мақсадга мувофиқ бўлади. Бу борада клиник – эпидемиологик ва регистр мазмундаги тадқиқотларни мамалакатимизнинг бошқа минтақаларида ҳам давом этдириш, ҳулосамизга, зарурият бўлиб қолган.

МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АБОРИГЕН ПОПУЛЯЦИЯДА АСТМАСИМОН ВА ИНСУЛЬТСИМОН ШАКЛИ: КЛИНИК-ПРОФИЛАКТИК ТАВСИФЛАНИШИДА ҚАНДАЙ ЯНГИЛИК БОР

*Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Усмонова Ф.Т., Мамасолиев З.Н.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ*

Миокард инфарктини (МИ) кўп қирралари охириги европа, АҚШ ва Россия тавсияларида, ватанимиз ва хорижий тадқиқотчиларининг илмий, асосан клиник ишларида батафсил баён этилган.

Уларда “қизил чизик” билан эътироф қилина бошланган факт – бу, МИ билан беморларга ёрдамни ташкил қилишни барча босқичларида профилактик мултиқиррали ёндошув клиник мутахассислар билан “занжирбандлик”да қўлланилиши керак. Бу ишда устиворлик ролини олинган эпидемиологик қонуниятлар эгаллайдилар, айнан шундай клиник – профилактик тавсифлардан келиб чиқиб беморларни кузатиб бориш муваффақиятлар сонини оширади. Биз илмий натижаларимизни илгари эълон қилинган ҳулосаларида ҳам, масалан МИнинг бошқа шакллари мисолида, мана шундай тавсияларни Фарғона водийси шароитида тавсия этганмиз.

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфарктини Фарғона водийсининг абориген популяциясида астмасимон (АстМИ) ва инсультсимон (ИнсМИ) шакллари клиник-профилактик тавсифланишини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: Андижон шошилиш тез тиббий ёрдам илмий марказида уч йиллик клиник – эпидемиологик текширув амалга оширилиб, унда 1554 та беморлар комплекс тиббий текширув усуллари қўлланилиб ўрганилди ва улар асосида МИ ташхиси қўйилди, жумладан АстМИ ва ИнсМИ ажратилди.

Натижалар ва ҳулосалар: абориген маҳаллий популяцияда МИ қатор эндемик хусусиятларини намоён этиши аниқланди ва бу асосан, унинг атипик шаклланишида ифодаланишлари ҳам эътиборимизни тортди. Хусусан, АстМИ тарқалиш даражаси умумий 20-80 ёшли популяцияда 7,1 фоизни ташкил этиб учраши маълум бўлди. Эрак ва аёлларда деярли бирдай (6,9 фоиз ва 6,7 фоиздан, $p>0,05$) кузатилиши ҳам тасдиқланди. Ёш ўтиши таъсири бўлиб аниқланиш частотаси то 16,4 фоизгача (70-79 ёшлиларда) кўпаяди ($p<0,001$). Асосан 50 ёшдан учрай бошлайди: 50-59да – 5,3 фоиз, 60-69да – 7,2 фоиз, 70-79да – 16,4 фоиз ва 80 ёшдан кейин – 14,3 фоиз. Ёш гуруҳларга мансуб беморларда АстМИ умуман учрамаганлиги (0,0 фоиз), алоҳида мушоҳидалашни, бизнинг фикримизча, талаб этади.

ИнсМИ текширилган аҳоли популяциясида 2,7 фоиз частота билан кузатилади, 7,8 фоиз эракларда ва 2,4 фоиз кўрсаткичлар билан аёлларда ($p<0,01$). Эракларда мойиллик икки баробар кўп бўлиб тасдиқланади. Ёшга боғлиқ таҳлил қилганимизда, кўзга кўриндики, бундайн клиник кечиш ёшларга ва урта ёшлиларга хос эмас (0,0 фоиз), аксарият 60-69 ёш оралигида (3,6 фоиз), 70-79 ёш диапозонида (9,8 фоиз) ва 80дан кейин учрайди ($p<0,01$).

Демак, абориген аҳолида АстМИ ва ИнсМИ учрайдиган клиник вазият эмас, ҳам эракларда ва ҳам аёлларда, лекин ишга боғлиқ ҳолда тафовутланиб, эндемик янги хос клиник-профилактик тавсифланишлар билан қайд этилади.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНО-ДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ УЗБЕКИСТАНА

*Азимова Г.С., Ибраимова Н.У., Ташмухамедова М.К.
Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан*

Одной из важнейших задач, стоящих перед руководством горнорудной промышленности и системой здравоохранения Республики Узбекистан является профилактика и снижение профессиональной заболеваемости работников горнорудной промышленности. Согласно литературным данным предприятия горно-металлургической промышленности до настоящего времени остаются наиболее опасными по развитию силикоза (20,4%). Силикоз является одним из наиболее распространенных заболеваний бронхолегочной системы в структуре профессиональной патологии среди работающих в горнорудной промышленности. Силикоз характеризуется стойкими диффузными изменениями в легких в основном фиброзного типа, проявляющиеся диссеминированными процессами узелкового или интерстициального характера.

В диагностике силикоза используется комплекс методов исследования, в том числе лучевая диагностика (рентгенография и компьютерная томография легких).

В зависимости от характера изменений легочной ткани различают интерстициальный, узелковый и узловые типы пневмофиброза.

Цель: оценить особенности формирования рентгенологических изменений в легких при силикозе от воздействия кремнийсодержащей пыли в современных условиях и определить возможность применения компьютерной томографии легких с целью диагностики заболевания. Нами использован комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических и математико-статистических методов исследований.

Объектами исследований являлись 60 больных работавших на основных производствах Алмаликского горно-металлургического комбината. По профессии это проходчики, грохотовщики и машинисты конвейеров работавших под воздействием кремнийсодержащей пыли, превышающих ПДК.

По возрасту преобладают лица молодого возраста 30-50 лет средний возраст составляет $39,6 \pm 1,2$ лет. По стажу в основном рабочие со стажем до 10 лет и средний стаж работы в подземных условиях составляет $10,9 \pm 0,8$ лет.

Результаты исследования: по результатам рентгенографического исследования легких выявленная патология представлена следующим образом: силикоз I стадии, то есть признаки интерстициального фиброза – 22 больных, II стадии (узелковая форма) – 35 больных, III стадии – 4 больных.

Проведена компьютерная томография легких у 12 больных с узелковой формой заболевания. Данные компьютерной томографии позволили уточнить у больных степень выраженности узелкового фиброза и сопутствующих изменений.

Выводы: рентгенография легких является основным методом диагностики пневмокониозов. Метод компьютерной томографии легких дает существенную дополнительную информацию у пациентов с силикозом, позволяющую установить стадию болезни, т.к. можно обнаружить увеличение числа и размеров узелков, соединение узелков и развитие конгломератных масс, а также установить появление участков некроза и кавитации. Учитывая, что классификация пневмокониозов при использовании компьютерной томографии не разработана, следовательно, она может использоваться лишь в отдельных клинических случаях и может рекомендована проведение её в следующих случаях: при сомнительных (подозрительных на силикоз) данных рентгенологического исследования, а также для оценки динамики процесса; при патологических изменениях функции легких, но с нормальной рентгенографией грудной клетки.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – НЕОБХОДИМЫЙ ЭТАП ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Агранович Н.В., Анопоченко А.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. Регулярная физическая активность позволяет пожилым людям не только предотвратить развитие многих хронических заболеваний, снизить частоту обострений уже имеющихся хронических заболеваний, но также сохранить на должном уровне физическую форму, т.е. гибкость и подвижность суставов, эластичность мышц, а значит, способность сохранять равновесие и двигаться. Физические нагрузки также позитивно влияют на гормональную регуляцию липидов крови, улучшают периферическое кровообращение, у больных «омолаживается» организм, повышается психологический профиль, нормализуются показатели качества жизни.

Одним из эффективных способов немедикаментозного поддержания здоровья, сохранения активности, а также важным элементом лечения заболеваний является лечебная физическая культура.

Лечебная физическая культура является эффективным средством профилактики, лечения, реабилитации, а также поддержания уровня работоспособности людей с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата, нормального функционирования всех систем организма и предупреждения гиподинамии.

Занятия лечебной физической культурой у пожилых пациентов должны проводиться с учетом анатомо-физиологических особенностей. Лечебная физическая культура назначается только врачом и проводится строго по его назначению обычно в учреждениях здравоохранения – больницах, поликлиниках, санаториях и т.д.

Цель исследования. Провести анализ эффективности немедикаментозных методов в комплексном лечении пожилых больных с артериальной гипертензией I-II степени, занимающихся лечебной физической культурой.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры поликлинической терапии Ставропольского медицинского университета (г. Ставрополь). Объект исследования – 64 пожилых пациента (42,2% мужчин и 57,8% женщин), находившиеся под наблюдением по поводу артериальной гипертензии I-II степени. Средний возраст пациентов составил $65,2 \pm 2,4$ лет. Контрольная группа – 25 человек с артериальной гипертензией, не занимавшиеся физической нагрузкой.

В течение 12 месяцев пациенты основной группы занимались физическими упражнениями по разработанной методике с инструктором лечебной физической культуры по одному часу 3 раза в неделю. Через месяц от начала занятий, при хорошем самочувствии пациента, нагрузка постепенно возрастала за счет увеличения количества повторений упражнений.

Для оценки влияния физической нагрузки на качество жизни и метаболический обмен пациентов были выбраны следующие методики: биохимические показатели: холестерин, липопротеиды низкой плотности, триглицериды, а также гомоцистеин, являющийся маркером развития артериальной гипертензии; инструментальные методы исследования: спирография: объем форсированного выдоха, форсированная жизненная емкость легких, индекс Тиффно; опросники: шкала качества жизни SF-36, опросник «Тест дифференциальной самооценки функционального состояния». Контрольные точки: 6 и 12 месяцев.

Результаты. Проведенный анализ данных выявил стабильную динамику снижения содержания холестерина с $7,1 \pm 1,2$ до $6,1 \pm 0,2$ ммоль/л; липопротеиды низкой плотности – с $5,6 \pm 1,0$ до $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л; триглицериды – с $1,9 \pm 0,2$ до $1,5 \pm 0,1$ ммоль/л; гомоцистеин достоверно снизился с $23,7 \pm 1,2$ мкмоль/л до $11,4 \pm 1,1$ мкмоль/л. У пациентов контрольной группы достоверных изменений не отмечено.

Спирографическое исследование данных больных при систематических занятиях физическими упражнениями начала проследившаяся тенденция к улучшению данных показателей следующим образом: объем форсированного выдоха – с $66,6 \pm 5,2$ до $76,4 \pm 7,5\%$; форсированная жизненная емкость легких – с $65,8 \pm 4,6$ до $75,2 \pm 8,3\%$; индекс Тиффно – с $73,1 \pm 6,4$ до $87,6 \pm 8,1\%$.

Анализ результатов исследования показал, что у пациентов основной группы через 12 месяцев показатели качества жизни достоверно повысились и составили: сумма физического здоровья – $252,28 \pm 24,4$; сумма психического здоровья – $261,1 \pm 23,8$ соответственно. По опроснику теста дифференциальной самооценки функционального состояния: «самочувствие» – 5,5 «активность» – 5,4 «настроение» – 5,8 баллов.

Выводы. Проведенное исследование наглядно демонстрирует важное значение средств лечебной физкультуры в системе восстановительных мероприятий и адаптации организма пациентов пожилого возраста с артериальной

гипертензией. Применение немедикаментозных методов лечения способствует повышению адаптационных возможностей организма и качества жизни, влияют на замедление процессов старения, а главное, способствуют продлению активного долголетия.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

*Агранович Н.В., Лихачева А.П., Классова А.Т., Анощенко А.С., Соловьёва Е.Л.
Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь*

Актуальность. В современном мире дефицит витамина D является одним из **наиболее распространенных витаминно-дефицитных состояний человека**. Основной причиной недостатка витамина D является дефицит солнечного влияния на человеческий организм. Именно из-за этого его концентрация в плазме крови снижается ниже 30 нг/мл. В исследованиях последних лет показано, что дефицит/недостаток витамина D у больных с СД негативно сказывается как на течение самого заболевания, так и развитие осложнений, частности развития хронической болезни почек. Данный факт обуславливает необходимость разработки эффективных методов его коррекции.

Цель исследования: оптимизация подходов к комплексной коррекции дефицита витамина D при реабилитации пациентов с сахарным диабетом и хронической болезни почек.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе Ставропольского медицинского университета (г. Ставрополь) в многопрофильном медицинском центре города Ставрополя. Продолжительность периода включения в исследование составила 8 месяцев, запланированная продолжительность наблюдения – 6 месяцев с формированием контрольных точек через 3 и 6 месяцев терапии.

В исследовании приняли участие 42 пациента, страдающих сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек с дефицитом витамина D, в возрасте от 22 до 79 лет (средний возраст – $51 \pm 2,8$ лет); из них 71,4% составили женщины, 28,6% – мужчины. Все пациенты были разделены на две группы: первая группа - 21 чел., получала препарат витамина D Аквадетрим по 5 капель 1 раз в сутки в течение 3 месяцев и ультрафиолетовое облучение кожи по 5 минут ежедневно курсом 10 процедур в месяц и пребывала на солнце ежедневно по 15 минут на протяжении 3 месяцев. Вторая группа – 21 чел. получала только препарат витамина D и солнечные «ванны» по 15 минут в день ежедневно в течение 3 месяцев.

Результаты. Результаты исследования показали, что уровень витамина D в крови у пациентов 1 группы через 3 месяца терапии увеличился на 55 % (исходный средний показатель витамина D до начала терапии – $17,4 \pm 1,17$ нг/мл, после курса терапии – $26,99 \pm 0,51$ нг/мл), во 2 группе на 36 % (исходный средний показатель витамина D до начала терапии – $16,3 \pm 1,27$ нг/мл, после курса терапии – $22,2 \pm 1,07$ нг/мл).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ежедневное пребывание на солнце в сочетании с применением препаратов витамина D и ультрафиолетовое облучение кожи дают наилучший эффект терапии и требуют дальнейшего углубленного изучения с целью внедрения в медицинскую практику новых подходов к лечению дефицита витамина D.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Козимжонов И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность исследования. Каждая эпоха в развитии цивилизации может быть охарактеризована через отношение общества к проблеме психического здоровья, в частности — психического здоровья детей. Подростковый возраст имеет огромное значение на формирование личности в целом, как в социальном, так и в биологическом плане.

Цель исследования заключалась в установлении клинко-трансформационных закономерностей отклоняющегося поведения у подростков разных поколений.

Материалы и методы исследования. Для исследования патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков амбулаторного контингента было сформировано две группы. Первая представляла собой данные полученные от 152 подростков (79 юношей и 73 девушки) в возрасте 15-17 лет, которые прошли клиническое обследование на базе поликлиники АОПНД.

Результаты исследования. Для исследования патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков, получавших амбулаторную помощь у психиатра, нами было клинически обследовано и проведено сравнение двух групп подростков с поведенческими нарушениями. Первая группа представляла собой данные полученные от 152 подростков 15-17 лет, которые были обследованы в амбулаторном отделении Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей. Вторая группа набиралась из архивных данных. Были проанализированы 147 историй болезни пациентов родившихся в период с 1970 по 1979 годы и наблюдавшихся в подростковом возрасте амбулаторно у психиатра по поводу расстройства поведения. Данный временной период был выбран постольку, поскольку средний интервал между поколениями составляет 25 лет.

Что касается уходов из дома и бродяжничества, то современные подростки уходили из дома раньше, чаще и на более продолжительное время по сравнению с предыдущим поколением. И регистрировалась данная форма отклоняющегося поведения больше у современных подростков — 78,9 % человек, чем у подростков прошлых лет - 48,3 %.

Вывод. Уровень вовлеченности в различные формы отклоняющегося поведения более высокий и возраст первых проявлений поведенческих нарушений более ранний у современных подростков по сравнению с подростками предыдущего поколения.

ДЕПРЕССИВНЫЕ ИДЕИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью исследования явилось выявление закономерностей проявления и терапевтической динамики депрессивных идей малоценности и самообвинения при различных синдромальных вариантах непсихотической депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективного расстройства.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач в соответствии с критериями включения было изучено 100 больных (46 мужчин и 54 женщины) с аффективными расстройствами, перенесших 121 эпизод умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов. Число анализируемых депрессивных эпизодов было больше, чем число больных, так как 21 больной наблюдался повторно.

Результаты исследования. Клиника депрессии с ведущим аффектом тоски характеризовалась подавленным, угнетенным настроением, которое больные описывали как «тяжесть на душе», «отсутствие радости», «тягостность переживания», «чувство душевной боли», «ощущения как будто железо или камень на душе», «сердце окаменело». Клиническое содержание данного симптома определялось характерной триадой: подавленным настроением, угнетением идеаторных процессов, двигательной заторможенностью со снижением побуждений. Ведущим проявлением у данной группы больных являлся аффект тоски, грусти.

При этом его выраженность значительно варьировала от легкой подавленности до глубокой тоски с витальными проявлениями.

Сознание больных было заполнено мрачными мыслями о безысходности своего состояния, неизлечимости, полной непригодности к жизни в семье, профессиональном и социальном крахе, переживаниями моральной ответственности за свои поступки. Занимая значительное место в структуре депрессии, идеи малоценности и самообвинения характеризовались уровнем сверхценных образований, так как всегда, в отличие от бредовых идей, оставались психологически понятными и опирались на реальные события, имевшие место в прошлом, или ожидаемые в будущем. Этим событиям, придавалось преувеличенное значение, «некритическое преувеличение прежних промахов» и сопровождалось смутным чувством вины. В то же время у больных сохранялся контроль над истинным положением их реальных дел, они понимали, что не все так катастрофично, как им рисует воображение. При колебании глубины депрессии и улучшении общего состояния с исчезновением идеаторной и моторной заторможенности, как правило, в вечернее время, когда больные были в состоянии посмотреть на себя как будто со стороны и дать своим переживаниям критическую оценку, депрессивные мысли воспринимались как чуждые, несоответствующие реальной действительности, сопровождалась чувством отторжения и сопротивления, приближаясь, таким образом, к навязчивостям.

Выводы. 1. При непсихотической депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективного расстройства идеи малоценности (самоуничтожения) и самообвинения выявляются в 60,3% случаев и достигают сверхценного характера. Они являются значимой по содержанию и диагностическому значению идеаторной составляющей депрессивного синдрома и вытекают из общей пессимистической направленности мышления. При этом аффект тоски, тревоги или апатии определяет содержание мыслей больного, его самооценку и оценку прошлого, настоящего и будущего.

КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Сарбаева Н.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы исследования. Аутистические расстройства (АР) детского возраста являются одной из наиболее актуальных проблем в психиатрии в силу роста показателей распространенности, сложностей своевременной диагностики и комплексной коррекции.

Цель исследования. Выделение дифференциально-диагностических клинико-психопатологических признаков основных клинических вариантов аутистических расстройств у детей, дополненных результатами клинико-этологического исследования.

Материалы и методы исследования. Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей в возрасте от 2 до 7 лет (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1:4,4), в клинической картине заболевания которых наблюдались АР в рамках детского аутизма (F84.0), атипичного аутизма (F84.1), синдрома Аспергера (F84.5), детского типа шизофрении (F20.8x3) по МКБ-10.

Результаты исследования Наиболее существенные различия в особенностях раннего онтогенеза между группами ($p < 0,001$) касались развития речи - задержка речевого развития отмечена у 72,1% больных, при этом она встречалась у абсолютного большинства в группах УО (98,6%), СК (89,5%) и РО (81,8%), и напротив, только у пятой части детей из группы СА (19,4%) и четверти пациентов ДШ (24,1%). Следует подчеркнуть возможность некоторого отставания в развитии речи при СА в отличие от широко распространенного мнения, что при данном расстройстве всегда имеется опережение в речевом развитии. Наличие задержки развития речи дает основание некоторым авторам для исключения диагноза синдрома Аспергера и диагностики высокофункционального детского аутизма.

Две трети пациентов группы СА (67,7%) и около трети групп РО (31,8%) и ДШ (31,0%) отличались опережением речевого развития. Регресс речи отмечен у многих детей групп РО (43,2%), ДШ (41,4%) и СК (31,6%).

Выводы. У детей с АР клинико-этологический метод можно расценивать как базовый (ведущий), так как он позволяет анализировать НП и выделять типологические (психопатологические) особенности, уточняя дополнительные признаки клинической картины и поведенческие симптомы с целью диагностики и дифференциальной диагностики.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Усманова М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), жестокое обращение с детьми включает в себя все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, и тем самым, причиняет фактический или потенциальный вред здоровью ребенка, его развитию или достоинству.

Цель исследования: выявить клинические и возрастные особенности психических расстройств у детей-жертв СН семейного и внесемейного типа и разработать основы медико-психологической коррекции.

Материалы и методы исследования. Первую группу составили 35 детей (51% всей выборки), подвергшихся семейному СН (11 мальчиков и 24 девочки). Среди них было 20 детей раннего возраста (от 2 до 3 лет - 29%) и 15 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет — 22%). Вторую группу составили 33 ребенка (49% выборки), подвергшихся внесемейному СН (11 мальчиков и 22 девочки). Среди них было 18 детей раннего возраста (от 2 до 3 лет — 27%) и 15 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет-22%).

Результаты исследования. В рамках настоящего исследования под наблюдением находились дети раннего и дошкольного возраста, которые подвергались сексуальному насилию. В зависимости от типа сексуального насилия (семейного или внесемейного) и возраста все обследуемые были разделены на две группы.

Была сформирована катamnестическая группа, в которую вошло 38 детей (56% от общей выборки): 20 (53%) из условий семейного насилия и 18 (47%) из внесемейного, в числе которых преобладали девочки 25 (66%). Мальчиков всего - 13 (34%). Дети раннего возраста (2-3 лет) - 20 (53%), дошкольного возраста (3-6 лет) - 18 (47%).

Вывод. Таким образом, используемые нами коррекционные методы для нормализации состояния детей раннего и дошкольного возраста, перенесших СН, проведенных в соответствии с вышеописанными принципами, эффективны в отношении ограниченного круга расстройств: тревожных, депрессивных, поведенческих нарушений.

ЧАСТОТА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М., Азимова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема психических расстройств у детей, рожденных в близкородственных браках является наиболее актуальной. Особую опасность возникновения нервно-психических заболеваний таят в себе браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота мертворождений, спонтанных аборт, врожденных уродств, ранней смертности среди детей значительно выше в родственных браках.

Цель обследования. Изучить частоту и особенности клинических заболеваний у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки.

Результаты и обсуждения. Психические нарушения отмечались у всех детей в виде умственной отсталости, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения головного мозга, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности.

При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие психические расстройства: наибольший процент занимает умственная отсталость различной степени выраженности – 52%, вторая по частоте встречаемости патология – это эпилепсия и неэпилептические припадки – 19%, нарушения поведения наблюдались в 15% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Психические расстройства пациентов II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (46%), а также органическим поражением головного мозга (28%), на 3 и 4 местах соответственно – умственная отсталость (16%) и патология поведения (10%).

Выводы. Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков среди родителей значительно повышает риск развития психических расстройств у детей, они страдают психическими расстройствами большей тяжести, большей прогрессивностью течения и, соответственно, худшим прогнозом.

КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Азимова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность исследования. Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии, что обусловлено неуклонным ростом числа детей, страдающих ранним детским аутизмом.

Цель исследования. Клинико-катamnестическое исследование процессуального и органического раннего детского аутизма, изучение патогенных факторов, предшествующих формированию указанных вариантов раннего детского аутизма.

аутизма, и определение места психофармакотерапии в комплексе терапевтических и реабилитационных мероприятий с учетом возрастных особенностей.

Материал исследования. Настоящее исследование проводилось в 2016-2019 гг. детском отделении Андиганского областного психоневрологического диспансера. Обследовано 188 детей с РДА в возрасте от 3-х до 10 лет. Из них 84 ребенка с диагнозом «процессуальный РДА» (F 84.1) - I группа: 64 мальчика и 20 девочек и 104 ребенка с диагнозом «органический РДА» (F 84.01) - II группа: 90 мальчиков и 14 девочек.

Результаты исследования и обсуждение. Сравнительный анализ предикторов развития процессуального и органического раннего детского аутизма. В ходе настоящего исследования выделены предикторы различных форм РДА, к которым были отнесены отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, возраст родителей к моменту рождения страдающего аутизмом ребенка, их образовательный уровень, профессиональная занятость, состав семьи, особенности течения беременности, родов, неонатального и перинатального периода (неврологическая и соматическая патология, диагностируемая у детей в первый месяц жизни ребенка, и неврологическая патология, обнаруживаемая в течение первого года жизни). Выделены патогенные факторы, воздействующие на детей, страдающих процессуальным и органическим РДА, в первые 36 месяцев жизни.

Вывод. При сравнительном клинико-психопатологическом изучении различных вариантов раннего детского аутизма отмечено, что в клинической картине процессуального РДА наряду с расстройствами речи, мышления и кататоническими стереотипами наблюдаются поведенческие расстройства, часто в сочетании с нарушением эмоционально-волевой сферы в виде эмоциональной неадекватности с преобладанием тревоги и страха.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ

*Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х., Муминов Р.К.
Андиганский государственный медицинский институт*

Цель исследования: изучить депрессивные расстройства, возникающие в период ремиссии шизофрении, и оценить их влияние на социальное функционирование больных.

Объекты и предметы исследования - больные параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения, получающие амбулаторную помощь.

Социально-демографические факторы, клинические характеристики заболевания, показатели экспериментально-психологических методик.

Результаты исследования позволят повысить эффективность своевременной диагностики депрессии на этапе ремиссии шизофрении. Полученные данные о структуре нарушения социального функционирования больных шизофренией могут быть использованы для организации полипрофессионального бригадного подхода в оказании внебольничной психиатрической помощи больным шизофренией. Выявленные особенности поддерживающей терапии шизофрении будут способствовать повышению эффективности и безопасности долгосрочной психофармакотерапии шизофрении и улучшению соблюдения больными режима терапии.

Теоретико-методологическая основа работы. Использованная в работе методология базируется на фундаментальных основах отечественной и зарубежной психиатрии и, в частности, на признании современной психиатрией биопсихосоциальной сущности психических расстройств, что явилось основанием для формулирования биопсихосоциальной концепции шизофрении, положенной в основу настоящего исследования. Работа выполнена в соответствии с принципами доказательной медицины с использованием клинического, психологического и математико-статистического методов исследования.

Вывод. Особенности клинико-феноменологических типов депрессий, возникающих в ремиссионном периоде шизофрении и различающихся выраженностью витального компонента, имеют разный прогноз для дальнейшего течения заболевания. Простые депрессии, развивающиеся при симптоматических ремиссиях (ти-мопатической и параноидной) и достигающие средней степени выраженности, следует рассматривать в рамках обострения шизофрении, тогда как атипичные депрессии, развивающиеся при синдромальных ремиссиях (астеническая, психопатоподобная, апатическая), могут рассматриваться в рамках текущей ремиссии.

Больные шизофренией с развивающейся в период ремиссии депрессией в целом отличаются меньшей выраженностью негативной симптоматики, большей личностной сохранностью, более высоким уровнем социального функционирования. Вместе с тем наличие депрессии в последующем ухудшает социальное функционирование пациентов по ряду параметров и обуславливает тенденцию к сокращению ремиссии. Для больных с симптоматическими типами ремиссии характерна меньшая взаимосвязь развития аффективной патологии с экзогенно-психологическими факторами, в то время как для пациентов с синдромологическими типами ремиссии возникновение депрессивных расстройств оказалось в значительной степени психогенно детерминированным.

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, АССОЦИИРОВАННОЕ С ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ, КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ)

*Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Козимжонов И.Ф., Муминов Р.К.
Андиганский государственный медицинский институт*

Цель исследования - изучение клинико-динамических особенностей панического расстройства, ассоциированного с депрессивными нарушениями, и прогностической оценки значимости их неблагоприятного варианта течения с последующей разработкой комплексной дифференцированной терапевтической программы.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования предполагал создание и сравнительное изучение двух групп пациентов - основной и контрольной. Основная группа - группа ретроспективной оценки (ГРО), в которой были проанализированы 450 архивных историй болезни у пациентов из общесоматической сети с первично установленным диагнозом вегетососудистой дистонии (ВСД) в период с 2010 г. по 2016 г.; 144 пациента данной группы дали согласие на участие в исследовательском проекте после консультации психиатра и постановки ретроспективного первичного диагноза «паническое расстройство». Вторая группа - контрольная (терапевтическая, n=96) - пациенты, обратившиеся в профильную психиатрическую службу с первичным диагнозом «паническое расстройство» в период 2012—2017 гг.

Результаты собственного исследования: В исследовании участвовало 240 пациентов. Основная цель исследования пациентов из основной группы - группы ретроспективной оценки - заключалась в изучении и анализе прогностически неблагоприятных факторов (клинических, терапевтических, включая ятрогенные, а также социально-психологических, личностных), влияющих на формирование клинических трансформаций панического расстройства, ассоциированного с депрессией. При анализе прогностически неблагоприятных факторов, трансформирующих первоначально диагностируемое паническое расстройство, было выделено несколько факторов (облигатных и факультативных), которые по воздействию на клинику тревожного расстройства подразделялись на клинические и терапевтические. Кроме того, по характеру участия в трансформации выделялись врачебные (ятрогенные) влияния. Особая роль в патоморфозе отводилась депрессивным нарушениям и уровню тревоги, а также механизмам «соматизации», что позволило выделить клинические трансформации с соматизированным радикалом (соматоформное расстройство, соматизированный вариант дистимии) и тревожно-депрессивным радикалом (агорафобия; тревожно-депрессивное расстройство; паническое расстройство, ассоциированное с зависимостью от ПАВ).

Вывод: В результате проведенного комплексного клинико-психопатологического и клинико-динамического исследования, основанного на анализе 450 историй болезни пациентов (144 пациента) из общесоматической сети и 96 пациентов, обратившихся в профильную психиатрическую службу с первичным диагнозом «паническое расстройство, ассоциированное с депрессией», выявлено, что паническое расстройство в рамках континуальной диагностики претерпевает с течением времени клинико-терапевтический патоморфоз, который в диагностическом отношении соответствует, согласно операциональным критериям международных классификаторов, нескольким диагностическим рубрикам, а именно: соматоформное расстройство - 25 %; сома-тизированный вариант дистимического расстройства - 11,1 %; агорафобия - 11,1 %; тревожно-депрессивное расстройство - 19,4 %; паническое расстройство, ассоциированное с зависимостью от психоактивных веществ - 33,4 % (алкоголь, производные бензодиазепинов).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

*Азимов Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Исламов Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. За последние годы исследователи все больше стали уделять внимания наследственным заболеваниям у детей и их влиянию на показатели детской смертности.

По их мнению, частота мертворождений, спонтанных аборт, врожденных уродств, ранней смертности среди детей значительно выше в родственных браках.

В Узбекистане, где детское население составляет около половины общего населения и имеет место высокая рождаемость, а вследствие этого короткий интервал между родами и нередки анеми, часты родственные браки - проблема психических расстройств у детей раннего возраста является наиболее актуальной.

Цель обследования. Изучить распространенность и особенности клинических заболеваний у детей при близкородственных браках.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы провели обследование детей со стоящих на Д учете в АОЦОПЗ.

Результаты исследования: Были взяты все больные г. Андижана, из них выбраны семьи с отягощенным родственным браком, и родственным браком с психической отягощенностью. Обследовав эти семьи, выявили 50 детей, состоящих на учете в АОПНД у которых отмечались психические нарушения в виде задержки умственного развития, олигофрении, наличие судорожных припадков, колебаний настроения, изменения в поведении, а также детей с органическим поражением мозга.

При обследовании детей по нозологиям у тематических больных при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие заболевания.

На первом месте олигофрения, на втором месте дети с органическим поражением ЦНС и на третьем месте дети с диагнозом эпилепсия.

При анализе этих данных видно, что наибольшее число падает на олигофрению - 26 (74,3%) из всех обследуемых детей, их них девочек - 16 (45,7%), мальчиков - 10 (28,5%). С органическим поражением ЦНС выявлено 5 (14,3%) детей, где мальчиков 4 (11,5%) девочек 1 (2,8%). На третьем месте больные с эпилепсией, всего 4 (11,5%) детей, из них мальчиков 4 (11,5%)

Выводы: 1. Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков среди родителей значительно повышают риск развития психических расстройств у детей.

3. Развившиеся у этих детей психические расстройства отличаются большей тяжестью клинических проявлений, большей прогрессивностью течения и, соответственно, худшим прогнозом.

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонов И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность изучения расстройств аутистического спектра (РАС) связана с высокой частотой встречаемости данной патологии, с трудностями диагностики и недостаточно разработанной системой специализированной помощи данному контингенту больных. В частности, остро стоит проблема интеграции в систему образования детей с высокофункциональными РАС, которые, обладая достаточно высоким интеллектом, имеют серьезные проблемы социального функционирования.

Цель исследования. Изучение структурно — динамических особенностей высокофункционального аутизма у детей младшего школьного возраста с целью разработки принципов дифференцированного подхода к реабилитации и обучению.

Методология и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на протяжении 2017-2019 гг. в АОПНД. На этапе разработки шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) клинически, а также с помощью шкалы ШКОДА и шкалы CARS, The Childhood Autism Rating Scale была обследована группа детей от 6 до 12 лет, страдающих различными формами психических расстройств и получавших медицинскую и психолого-педагогическую помощь в условиях АОПНД детей и подростков (193 человека).

Результаты исследования. В данной выборке были представлены больные с расстройствами аутистического спектра (143 ребенка. 74.09% наблюдений) и контрольная группа 50 детей (25,91 % наблюдений), имеющих психические нарушения, не предполагающие в своей структуре преобладания аутистических расстройств. Большую часть выборки составили дети с интеллектуальным развитием в пределах нормы и пограничных значений - 148 чел. (76,68% от общего числа наблюдений). Данная особенность выборки была обусловлена тем, что основной интерес представляла чувствительность авторской шкалы ШКОДА именно к высокофункциональным расстройствам аутистического спектра.

Вывод. К комплексу лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с расстройствами аутистического спектра необходим дифференцированный подход. Структурно-динамическая оценка состояния ребенка, является основой для формирования индивидуальной программы психолого-педагогической коррекции, медикаментозной терапии и психосоциальной реабилитации.

СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

*Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Судорожные синдромы являются одной из актуальнейших проблем психоневрологии, занимая большой процент встречаемости в детской популяции. Особенно актуально это в обществе, где приняты браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота различного рода аномалий развития, грубых психоневрологических расстройств, в том числе и судорог, а также ранняя детская смертность значительно выше в родственных браках.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений судорожных синдромов у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки. Всем обследованным детям проведены клиничко-параклинические исследования головного мозга: неврологический и психический статус электроэнцефалограмма (ЭЭГ); 47 детям проведена магнитно-резонансная томограмма (МРТ) головного мозга.

Результаты и обсуждения. Эпилептический синдром наблюдался в обеих группах с разной частотой и клиническими проявлениями. Кроме пароксизмальных нарушений у части детей выявился различной степени выраженности неврологический дефицит в виде признаков органического поражения головного мозга, который, однако, не всегда верифицировался на МРТ-исследовании.

Судорожный синдром у детей основной группы проявлялся эпилептическими припадками чаще генерализованного характера – grand mal, подтвержденные ЭЭГ-паттернами в виде пик-волнового комплекса – у 29 детей и у 14 детей в виде т.н. судорожной готовности, а именно, волнами альфа-диапазона частотой 3-5 Гц, амплитудой 90-95 МкВ, дельта-активностью, частотой 3-3,5 кол/сек, амплитудой 4 МкВ.

Выводы: Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков значительно повышает риск развития детей с психическими расстройствами и эпилепсией, протекающих с большей прогрессивностью и, соответственно, худшим прогнозом.

**СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПРИ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖСОСУДИСТЫХ АНАСТОМОЗОВ
(экспериментальное исследование)**

Алмабаева А.Б., Фахрадиев И.Р., Алмабаев Б.А., Танабаев Б.Д., Жаналиева М.К., Надыров М.Т.

*Медицинский университет Астана,
Национальный медицинский университет,
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия*

Актуальность: По имеющимся данным, частота послеоперационных рецидивов на фоне перенесенной пульмонэктомии составляет от 5 до 30%. Удаление легкого или большого объема легочной ткани ведет, как известно, к увеличению общего сопротивления сосудистой сети и повышению артериального давления в оставшейся части малого круга кровообращения почти в 2 раза.

Цель исследования — оценить возможности снижения легочного артериального давления путем создания разного типа межсосудистых анастомозов на фоне левосторонней пульмонэктомии в эксперименте.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование осуществляли на 102 лабораторных животных (мини-свиньи), возраст — 24–27 мес, масса — 12–17 кг. Проведено три серии опытов. В 1-й серии (n=34) выполнены левосторонние пульмонэктомии, что соответствовало удалению 42 весовых процентов легочной ткани. Во 2-й серии (n=34) проведены левосторонние пульмонэктомии и на их фоне — артериовенозное шунтирование малого круга кровообращения соединением «конец в конец» проксимальных отрезков нижнедолевой артерии и одноименной вены оперируемой стороны. В 3-й серии (n=34) выполнены левосторонние пульмонэктомии

и на их фоне — артерио-артериальное шунтирование путем соединения конца проксимального отрезка верхнедолевой артерии оперируемой стороны с дистальным отрезком подключичной артерии той же стороны.

Результаты исследования. Летальность животных после пульмонэктомии, произведенной обычным методом, без шунтов (1-я серия), составила 1:3 (погибли 10 из 34 оперированных), причем 8 из 10 погибли от острого отека. Среди животных, подвергнутых пульмонэктомии при функционирующем артериовенозном шунте между легочной артерией и веной оперированной стороны (2-я серия), летальность оказалась значительно меньшей — около 1:6 (погибли 6 из 34 мини-свиней). Ни одно животное этой серии не погибло от острого отека легкого. Летальность среди животных 3-й серии, у которых легочную артерию на стороне удаленного легкого соединяли с дистальным отрезком подключичной артерии, была наиболее высокой, составив половину из общего числа оперированных. 14 мини-свиней погибли в первые же часы после операции от острого отека легкого, 4 — спустя 4 мес. от недостаточности правого желудочка сердца.

Выводы: Метод пульмонэктомии с использованием профилактического шунта, функционирующего между долевой артерией и одноименной веной оперированной стороны, показал существенные преимущества. Среднее давление после пульмонэктомии этим способом в наших опытах в течение всего периода наблюдения находилось в пределах, близких к исходному уровню ($35,5 \pm 10$ мм вод. ст.), в то время как контрольное пережатие шунта у этих же животных с целью имитации пульмонэктомии без артериовенозного анастомоза сопровождалось повышением давления крови в легочной артерии на 62%.

Пульмонэктомия при таком функционирующем артериовенозном шунте на оперируемой стороне дает возможность избежать на операционном столе и в ранние сроки после операции острого отека оставшегося легкого. В дальнейшем этот шунт создает благоприятные гемодинамические условия для функционирования сосудистой сети малого круга кровообращения, легочной ткани и правых отделов сердца и, предотвращая

возникновение легочной артериальной гипертензии, устраняет одну из основных причин развития легочного сердца.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВОГО
ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Азимова Н.З., Зуфаров М.А., Очилов С.М.

РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации

Цель. Исследование состояния вегетативной нервной системы и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

Материал и методы. Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1- 16 больных БА с легочной гипертензией, 2- 12 больных ХОБЛ с дилатацией правого желудочка сердца.

Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2006) и озонотерапию.

Функциональное состояние периферической изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма - индекс напряжения.

Эндотелий зависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу, с помощью метода L. Laurent.

Результаты. При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей мода $0,70 \pm 0,02$, увеличения показателей амплитуда мода $36,1 \pm 0,03$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Проведенное КИГ исследование у больных БА осложненной легочным сердцем в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы.

При анализе индекс напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скоростью кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов.

При повторном исследовании состояние периферической вегетативной нервной системы, установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелия зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп соответственно максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2 % и уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и 5,9%, ($p < 0,05$).

Заключение. В основе возникновения и развития БА осложненной легочным сердцем лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА осложненной легочным приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

*Аляви А.Л., Камилова У.К., Рахимова Д.А., Назирова М.Х.
РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации*

Цель исследования. Изучить состояния диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ) и легочной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких в динамике различных режимов комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет) у которых уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст.

Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1 - 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2016); 2 - 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали амлодипин (А) в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 - 12 больных ХОБЛ, у которых базисная терапия сочеталась с озонотерапией.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

Результаты исследования. Результаты исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения.

При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 7,3%, ФПН - на 13,9%, ЛАДср - на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ($p < 0,05$).

Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 4,1 %, ФПН - на 9,9%, ЛАДср - на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ($p < 0,05$).

Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект амлодипина и ОТ на фоне базисной терапии, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

Амлодипин и озонотерапия улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты проводимой терапии у больных хронической обструктивной болезнью легких более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой.

АССОЦИАЦИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЦИТОКИНОВ С РАЗВИТИЕМ И ТЯЖЕСТЬЮ ХСН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Аляви А.Л., Алиахунова М.Ю., Туляганова Д.К., Юнусова Л.И., Назарова Г.А., Иманкулова Д.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации*

Актуальность проблемы: Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечнососудистой системы является ишемическая болезнь сердца (ИБС). В условиях ишемии миокарда запускается каскад патологических реакций и процессов, обуславливающих ремоделирование сердца, кульминационным клиническим проявлением которого является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Феномен ишемического ремоделирования миокарда рассматривается современной кардиологией как сложный многоступенчатый процесс структурно-функциональных изменений левого желудочка, проявляющихся эхокардиографически увеличением его массы и дилатацией полостей, что отражается на изменении геометрических характеристик камер сердца и особенностях гемодинамики, сопровождающихся ухудшением качества жизни и прогноза выживаемости пациентов.

Цель исследования: выявление ассоциации генетических факторов цитокинов с развитием и тяжестью ХСН на фоне ишемического и/или постинфарктного ремоделирования ЛЖ.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 53 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III ФК (по классификации Канадской ассоциации кардиологов, 1976), осложненной ХСН II–III ФК по NYHA. Среди них были: мужчин – 41 (77,3%), женщин – 12 (22,6%). Средний возраст составил 61,9±5,8 лет.

Диагноз верифицировался на основании тщательного анализа клинических данных, а также клинико-инструментальных исследований, включавших ЭКГ, ЭхоКГ, общеклинических и биохимических исследований крови. Признаки хронической сердечной недостаточности II–III ФК по NYHA выявляли в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН (2019). Длительность заболевания составила 8,7±3,56 лет.

Контрольную группу составили 20 добровольцев мужского пола, сопоставимые по возрасту, без сердечно-сосудистой патологии.

Все пациенты, включенные в исследование, по функциональному классу ХСН были разделены на 3 группы. Разделение пациентов на ФК проводилось по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). В 1-ю группу вошли 15 пациентов с ФК II, во 2-ю группу – 26 пациент с ФК III, в 3-ю группу - 12 пациентов с ФК IV. Больные ХСН получали базисную терапию.

В исследовании применяли стандартные методы молекулярно-генетического анализа. В лаборатории Биотехнологии Центра Передовых технологий при Министерстве Инновационного развития РУз проводили анализ генотипирования полиморфизма 863C>A гена ФНО-α и полиморфизма C-174G гена ИЛ-6. ДНК выделяли из крови по стандартному протоколу выделения ДНК с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200. Генотипирование образцов ДНК по изучаемым полиморфизмам проводилось с использованием специфических олигонуклеотидных праймеров. ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak™ PCR Core (ООО “Лаборатория ИзоГен”).

Результаты исследования: По данным Эхо-КГ у пациентов с ХСН выявлялись случаи сниженной глобальной сократимости сердца: в 1-й группе в 61,2% случаев, а во 2-й и 3-й группах этот показатель достигал 76,3% и 95,8%. У пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп отмечались нарушения локальной сократимости в 38,2%, 53,8% и 74,8% случаев соответственно.

Анализ структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ показал выраженную тенденцию к нарастанию ишемического и/или постинфарктного ремоделирования миокарда ЛЖ по мере увеличения ФК ХСН, в связи с чем КДР во 2-й группе (58,2±1,9 мм) и, в особенности, в 3-й группе (61,4±3,5 мм) явно преобладал (на 5,8% и 11,6% соответственно) над максимальным показателем нормы (до 55,0 мм). Наряду с этим прослеживалось явное снижение инотропной функции ЛЖ, в особенности в 3-й группе, в связи с чем ФВ ЛЖ оказалась существенно сниженной (35,9±3,9) по сравнению с 1-й группой (48,2±5,1, $p<0,01$). Этим нарушениям сопутствовала явная гипертрофия ЛЖ, прежде всего во 2-й и 3-й группах, и, как следствие этого, - диастолическая дисфункция ЛЖ, как во 2-й, так и в особенности в 3-й группах.

По результатам нашего исследования выявлено, что у здоровых доноров, имевших генотип A/A, уровень ФНО-α в крови был существенно выше по сравнению с носителями генотипов C/A и C/C (2,7±0,21 пг/мл против 2,1±0,18 пг/мл и 2,2±0,16 пг/мл соответственно, $p<0,05$). Следовательно, носительство генотипа A/A полиморфного локуса C-863-A гена ФНО-α ассоциируется с высокой концентрацией цитокина в плазме крови.

Ген ИЛ-6 находится на коротком плече 7-й хромосомы и состоит из 5 экзонов и 4 интронов. Нами изучен полиморфный локус C-174G (замена нуклеотида гуанина на цитозин в регуляторной области гена).

У здоровых носителей генотипа G/G полиморфного локуса C-174G гена ИЛ-6 обнаружен повышенный уровень экспрессии цитокина по сравнению с носителями генотипа C/C (5,8±0,3 пг/мл и 4,9±0,2 пг/мл соответственно, $p<0,05$). У здоровых людей, имевших генотип C/G, выработка ИЛ-6 (5,5±0,5 пг/мл) достоверно не отличалась от носителей генотипов C/C и G/G. Следовательно, аллели C и G полиморфного локуса C-174G гена ИЛ-6 определяют различный уровень экспрессии гена: генотип G/G ассоциируется с повышенным уровнем экспрессии кодируемого пептида; при варианте C/C уровень продукции интерлейкина-6 понижен.

У больных ХСН по сравнению с группой контроля частота встречаемости аллеля G (62,6% против 48,9) генотипа G/G была выше (39,0% против 22,8%) и следовательно аллель G и генотип G/G являются факторами повышенного риска развития ХСН. Аллель C и генотип C/C, напротив, встречались чаще в контрольной группе по сравнению с больными ХСН.

Анализ распределения частот встречаемости генотипов и аллелей гена ИЛ-6 (C-174G) в зависимости от ФК ХСН (NYHA) не выявил каких-либо закономерностей влияния изученного полиморфизма на тяжесть течения заболевания.

Таким образом, по данным исследователей однонуклеотидные полиморфизмы многочисленны, стабильны и расположены внутри генома. Хотя большинство полиморфных вариантов могут не проявляться фенотипически, определенные генетические полиморфизмы, особенно в комбинации с модифицируемыми факторами внешней среды могут способствовать развитию заболеваний и/или определять выраженность клинических проявлений, скорость прогрессирования, а также индивидуальную эффективность терапии.

Полученные результаты открывают новые перспективы для понимания генетических механизмов развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Нуритдинова С.К., Саидов Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние годы научные исследования механизмов инициации и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) направлены на оценку генетических факторов развития этого заболевания. Это

перспективно, так как при таком подходе генетическому риску возможно спрогнозировать осложнения заболевания до появления клинической симптоматики. Учитывая современные достижения в изучении патогенеза данной болезни, можно предположить влияние полиморфизмов генов, кодирующих провоспалительные цитокины, в частности цитокинов ФНО- α и ИЛ-6, на развитие и течение ИБС.

Цель исследования: Поиск генетических маркеров риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) на основании изучения полиморфных вариантов генов фактора некроза опухоли- α и интерлейкина ИЛ-6 у пациентов узбекской популяции.

Материал и методы исследования: В исследование включены 53 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III ФК (по классификации Канадской ассоциации кардиологов, 1976), осложненной ХСН II–III ФК по NYHA. Среди них были: мужчин – 41 (77,3%), женщин – 12 (22,6%). Средний возраст составил $61,9 \pm 5,8$ лет.

Диагноз верифицировался на основании тщательного анализа клинических данных, а также клинико-инструментальных исследований, включавших ЭКГ, ЭхоКГ, общеклинических и биохимических исследований крови. Признаки хронической сердечной недостаточности II–III ФК по NYHA выявляли в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН (2019). Длительность заболевания составила $8,7 \pm 3,56$ лет.

Контрольную группу составили 20 добровольцев мужского пола, сопоставимые по возрасту, без сердечно-сосудистой патологии.

В исследовании применяли стандартные методы молекулярно-генетического анализа. ДНК выделяли из крови по стандартному протоколу выделения ДНК с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200. Генотипирование образцов ДНК по изучаемым полиморфизмам проводилось с использованием специфических олигонуклеотидных праймеров. ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak™ PCR Core (ООО “Лаборатория ИзоГен”).

Результаты исследования: При анализе генотипирования rs1800630 полиморфизма гена TNF- α , присутствие одного фрагмента весом = 126 п.н. – говорит о том, что данный образец - носитель гомозиготного (дикого) генотипа CC, а присутствие двух фрагментов весом = 126/103 п.н. – образец - носитель гетерозиготного генотипа CA; присутствие одного фрагмента весом = 103 п.н. – образец - носитель гомозиготного (мутантного) генотипа AA.

В результате проведенного генетического анализа среди пациентов ИБС и здоровых добровольцев обнаружено существенное отличие встречаемости полиморфных вариантов исследуемого гена.

У пациентов, страдающих ИБС было выявлено, что носители мутантного и гетерозиготного генотипов AA и CA составили 7,5% (n=4), при этом наблюдается преобладание здорового генотипа CC (85%, n=45). В контрольной группе преобладание носителей здорового типа составило 65%, гетерозиготного генотипов 35%, а носители мутантного генотипа отсутствовали.

При анализе генотипирования полиморфизма (174 G/C) гена ИЛ-6 в группе пациентов с ИБС было выявлено, что носители мутантного генотипа CC составили 9% (n=17), при этом наблюдалось преобладание гетерозиготного генотипа GC (51%, n=27), а носители дикого генотипа GG были выявлены в 32% (n=17) случаев.

Изучение особенностей распределения частот генотипов у пациентов с ИБС относительно группы здоровых лиц выявило достоверное снижение генотипа GG у пациентов с ИБС.

Выводы: Таким образом, проведенный нами анализ полиморфизма C-863-A гена ФНО- α и полиморфизма 174 G/C гена ИЛ-6 выявил генетические особенности, влияющие на риск развития ИБС. В перспективе, типирование генетических маркеров, включая ФНО- α и ИЛ-6, позволит более четко прогнозировать риски развития ИБС в группах лиц, предрасположенных к сердечно-сосудистой патологии, а также в группах диагностированной ИБС. Выявление молекулярных маркеров системного воспаления можно будет использовать для оценки персонализированного прогноза развития и прогрессирования заболевания.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.Х., Азимова Н.З., Зуфаров М.А., Очилов С.М.

*РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации,
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Цель исследования. Изучение состояния эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА) осложненной легочной гипертензией (ЛГ), и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 22 больных ХОБЛ (1-я группа) и 16 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср. >25 мм.рт.ст.).

На протяжении 10 дней пациенты получали комбинацию β -блокатора - небиволола 2,5-5 мг в сутки (небилет, «Берлин Хеми АГ», Германия) в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2016).

Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (SM_{NO}) – нитритов и нитратов в плазме крови. Также проводились оценка функции внешнего дыхания (ФВД) методами спирографии и доплерэхокардиографическое исследование сердца.

Результаты. В условиях повышения потребности миокарда в кислороде у больных 1 группы наблюдается развитие недостаточной выработки SM_{NO} - снижение его на 43,1%, тогда как во 2 группе SM_{NO} снижен на 24,7% (p<0,05). При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшения отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы. Следовательно, снижение активности NO-синтазы собственного эндотелия повышает состояние миокардиальный стресс в диастоле. Проведенный

корреляционный анализ выявил взаимосвязь между параметрами SM_{NO} и легочной артериальной гипертензией (соответственно, $r=0,46$ и $r=0,32$, $p<0,05$). Кроме того, отмечено влияние тяжести эндотелиальной дисфункции на развитие гипертрофии ПЖ, так как выявлена сильная положительная корреляция SM_{NO} с толщиной миокарда ($r=0,65$, $p<0,005$).

При применении небиволола на фоне стандартной терапии, нами отмечены следующие особенности: отмечается улучшение синтеза $SmNO$ в плазме крови. Также при повторной доплерокардиографии отмечается снижение степени систолического давления в легочной артерии как в 1-й группе на 7,3 %, так и во 2-й группе на 8,8% и увеличивается отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 раз ($p<0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2 и 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

Выводы. У больных БА с легочной гипертензией, гипорпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ с легкой гипертензией.

Небиволол на фоне стандартной терапии корректирует показатели SM_{NO} в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной гемодинамики.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

*Аляев Б.А., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.Х., Азимова Н.З., Зуфаров М.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации,
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Цель. Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем (ЛС).

Материал и методы. Клинико-психологического обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили Доплерокардиографическое исследования по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

Результаты. У 56% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями вариабельности ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛС средняя частота сердечных сокращений увеличилась с $86,1 \pm 0,9$ ударов в минуту до $93,5 \pm 0,8$ удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных ЛС с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС с дилатацией правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 26,7% ($p<0,01$), повышение показателя низких частот на 13,7% (0,05) и коэффициента LF/HF на 18,6% ($p<0,05$).

Заключение. По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с дилатацией правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными, так как тесно ассоциированы с развитием угрожающих жизни аритмий.

СТАЦИОНАР ШАРОИТДА СИЛ ЭТИОЛОГИЯЛИ ПЛЕВРА ЭКССУДАТИНИНГ ДИАГНОСТИК ИМКОНИЯТЛАРИ

Анварова Е.В., Джурабаева М.Х., Бабамадова Х.У., Рахманов Ш.А., Султанов С.А., Мухамедов К.С.

Мавзунинг долзарблиги: Узоқ вақт давомида ултратовуш текширув усули ёрдамида кўкрак кафасининг ҳолатини баҳолаш мумкин эмас эди. Шунга карамай, ҳозирги пайтда ултратовуш текшируви плевра бўшлиғидаги таркибий зичликни баҳолашда бебаҳо манбага айланди. Ултрасонография плевра зичлиги, плевра экссудати ва плевранинг қалинлашганлигини аниқлаш учун қўлланилиши мумкин. Шунингдек, у плевра ва паренхимал жарохатларни фарқлаши, ҳасталанган паренхимани қанчалик экссудат билан зич қопланганлигини визуал тарзда аниқлаши, плевра септаси ва бошқа плевра аномалияларини аниқлаши мумкин.

Тадқиқот материал ва усуллари: 2018-2020 йиллар давомида плеврит билан асоратланган 95 нафар сил билан касалланган беморлар анализ қилинди (Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий-амалий тиббиёт марказида). Плевра бўшлиғини ултратовуш текшируви ACUSON 2000 (Siemens) аппарати ёрдамида ўтказилди. Плеврал суюқликнинг табиати биокимёвий лабораторияда аниқланди. Сил микобактерияларининг (МБТ) мавжудлиги бактериоскопия ва GXpert/MBT усуллари ёрдамида текширилди.

Тадқиқот натижалари: Туберкулез плеврити мавжуд бўлган 25 (26,3%) беморда ўпканинг шу томонда силнинг фаол жараёни аниқланди. «Плевра бўшлиғидаги суюқлик синдроми»ни ўпка туберкулезининг турли шаклларида юзага

келиш частотаси қуйидагича кўринишга эга бўлди: ўчоқли туберкулёз - 10 (10,5%), инфильтратив - 37 (38,9%), тарқалган (диссеминирланган) - 13 (13,7%), фиброз-каверноз - 18 (18,9%), каверноз - 9 (9,6%), туберкуломалар - 8та (8,4%). Туберкулез плевритида экссудатнинг табиати кўп ҳолларда сероз –87 (91,6%), камроқ ҳолларда серозли-геморрагик - 5 (5,3%) ва 3 (3,1%) ҳолатда йирингли эди. Плеврал суюқликда сил микобактерияси 15 (15,8%) ҳолатларда аниқланади. 7 (7,4%) ҳолатларда плевра бўшлиғидаги экссудатнинг микродорди жуда оз бўлиб, рентгенографияда суюқликнинг мавжудлиги ёки битишмалар билан дифференциал ташҳиси мураккаблашди ва аниқ ташҳис қўйиш кийин кечди. Кўрак кафасининг компьютер томографияси, айниқса интерлобар плевритга шубҳа бўлганда, жуда самарали усул сифатида қўлланилди. Ҳозирги пайтда ултратовуш текшируви, плевра бўшлиғида суюқликнинг патологик тўпланишини аниқловчи асосий усуллардан бири ҳисобланади. Усулнинг соддалиги, хавфсизлиги ва қулайлиги плевра бўшлиғидаги жараённинг динамикасини, локализациясини баҳолашга имкон беради. Ушбу усул экссудатнинг табиатини билвосита аниқлаш имконини беради.

Хулоса:

1. Туберкулёз этиологияли плевритни ташхислаш, айниқса эпидемиологик жиҳатдан бекарор минтакаларда долзарб муаммодир.
2. Экссудатив плевритни эрта ташхислаш масаласи долзарблигининг жиддийлиги ушбу асоратнинг пайдо бўлиш частотаси [25 (26,3%)] билан боғлиқ.
3. Юқоридагилари инobatта олган ҳолда, плевра бўшлиғининг ултратовуш билан текширув усулини, туберкулезнинг клиник шаклидан ва касалликнинг локализациясидан қатъий назар, беморларни текширув стандартига киритиш тавсия этилади.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПИОПАТИЕЙ

Арипова Ш.Ш., Камалов З.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Институт иммунологии и геномики человека АН Республики Узбекистан

Цитокины традиционно были предметом особого внимания со стороны исследователей, занимающихся проблемами клинической иммунологии. Это связано с тем, что цитокины, обладающие широким спектром функциональных свойств, играют важную роль в патогенезе хронических заболеваний, формируя сложную биологическую коммуникационную сетевую систему, регулирующую интенсивность воспалительных, иммунных, ишемических и метаболических процессов, в том числе защитных реакций организма. Известно, что про- и противовоспалительные цитокины и их баланс играют важнейшую роль в формировании иммунореактивности организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение содержания некоторых провоспалительных цитокинов у детей школьного возраста с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 20 детей школьного возраста от 7 до 14 лет с установленным диагнозом ДКМП. Контрольную группу составили 20 детей аналогичного возраста.

Иммунологические исследования у обследуемых детей проводились в лаборатории иммунорегуляции Института иммунологии и геномики человека АН Республики Узбекистан.

Концентрацию фактора некроза опухоли- α и интерлейкина 18 (ФНО α и ИЛ-18) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ» (Россия, Новосибирск). Количественную оценку результатов проводили методом построения калибровочной кривой или с использованием коммерческой компьютерной программы «Microplate manager», отражающих зависимость оптической плотности от концентрации для стандартного антигена и позволяющих сравнение с ним исследуемых образцов.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Достоверность различий средних величин сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента(t).

Результаты и обсуждение. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – заболевание, которое характеризуется дилатацией левого желудочка с развитием систолической сердечной недостаточности и не связано с ишемической болезнью сердца или клапанной дисфункцией.

Провоспалительные цитокины являются наиболее важным и хорошо изученным классом биологически активных веществ, оказывающих иммунное и/или воспалительное действие и имеющих отношение к сердечной недостаточности. К числу основных провоспалительных цитокинов относятся фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) и интерлейкин 18 (ИЛ-18), уровень которых мы определяли в сыворотке крови у детей с ДКМП в данном исследовании.

Нами было проведено исследование по определению уровня продукции ФНО α как важного медиатора, который является одним из наиболее универсальных регуляторов иммунитета и воспалительных реакций с широким спектром биологических эффектов. Основные продуценты-моноциты и макрофаги. Его секретируют также нейтрофилы, эндотелиальные и эпителиальные клетки, эозинофилы, тучные клетки, В- и Т-лимфоциты при их вовлечении в воспалительный процесс.

Анализ результатов показал, что у детей с ДКМП уровень ФНО- α повысился в 4,2 раза по сравнению с данными контрольной группы, что составило в среднем $52,3 \pm 2,70$ против $12,5 \pm 0,96$ пг/мл ($P < 0,001$).

Следующим этапом наших исследований было определение уровня ИЛ-18 в сыворотке крови у детей. Интерлейкин 18, являясь плейотропным провоспалительным цитокином, стимулирует продукцию ИФН γ , ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-2, факторов апоптоза, увеличивает пролиферативную активность Т-лимфоцитов, повышает литическую активность НК-клеток. ИЛ-18 участвует в формировании клеточного и гуморального, врожденного и приобретенного иммунного ответов, стимулирует продукцию молекул адгезии, которые участвуют в механизмах клеточной миграции, что имеет значение как при формировании иммунного ответа, так и в патогенезе некоторых заболеваний.

В наших исследованиях у детей с ДКМП концентрация данного цитокина была достоверно повышена. Так, у детей с ДКМП уровень ИЛ-18 составил в среднем – $146,3 \pm 9,00$ пг/мл, что в 3 раза выше показателей контрольной группы ($48,3 \pm 2,84$ пг/мл) ($P < 0,001$).

По уровню ФНО- α и ИЛ-18 можно косвенно судить об активности воспалительного процесса в целом. Вероятно, между тяжестью сердечной патологии и уровнем синтеза ФНО- α и ИЛ-18 существует положительная корреляция, и чем тяжелее сердечная недостаточность, тем сильнее выражена реакция иммунной системы и выше уровень цитокинов, и, наоборот.

Полученные нами данные, позволяют предположить о том, что в результате критического повышения уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов включаются один за другим процессы, оказывающие негативные сердечно-сосудистые эффекты, что в последующем способствуют еще большему повреждению миокарда.

Таким образом, повышенный уровень ФНО- α , а также ИЛ-18 прогрессивно оказывают прямое повреждающее действие на кардиомиоциты, индуцируя их апоптоз. Учитывая большую значимость медиаторов в обеспечении всего механизма защиты организма от инфекционных и других антигенов, можно считать весьма актуальным проведением исследования баланса провоспалительных цитокинов при хронической сердечной недостаточности у детей ДКМП.

Вывод. Выявлено, что у детей с ДКМП уровень провоспалительных цитокинов был значительно повышен, и этот факт позволяет судить об активности воспалительного процесса, который прогрессивно оказывает прямое повреждающее действие на кардиомиоциты. Так, у детей основной группы синтез ФНО- α и ИЛ-18 повышен соответственно в 4,2 и 3 раза, чем у детей контрольной группы.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: ВЗГЛЯД ВРАЧА–КАРДИОЛОГА

Артикова С.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является не только одним из наиболее широко распространенных заболеваний человечества, но и главным фактором риска сердечно-сосудистой и цереброваскулярной заболеваемости и смертности населения. АГ выявляется почти у 1 млрд человек (проживающих в основном в промышленно развитых странах), что составляет порядка 25–40% всего населения. При этом, по некоторым прогнозам, распространенность АГ будет лишь возрастать во всем мире в ближайшие годы.

Цель исследования. Изучить методы комбинированной терапии у больных АГ.

Материалы и методы исследования. Недавно был представлен новый мета-анализ 42 клинических исследований (общее количество включенных 68 больных АГ), в котором был сопоставлен АД-снижающий эффект комбинации любых двух препаратов из классов тиазидных диуретиков, б-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и антагонистов кальция с эффектом одного из препаратов комбинации.

Результаты исследования. Были проанализированы исследования факториального дизайна, в которых сравнивались 4 группы больных: монотерапия одним препаратом, монотерапия другим препаратом, комбинация двух этих препаратов и плацебо.

При использовании диуретика среднее снижение систолического АД (за вычетом снижения АД в группе плацебо) при монотерапии составило 7,3 мм рт.ст. и 14,6 мм рт.ст. в комбинации с препаратами других классов. По такой же схеме оценки в группе б-блокаторов среднее снижение систолического АД составило 9,3 и 18,9 мм рт.ст.; в группе ингибиторов АПФ – 6,8 и 13,9 мм рт.ст.; антагонистов кальция – 8,4 и 14,3 мм рт.ст. соответственно.

Ожидаемое снижение АД от сочетания двух препаратов, предполагающее аддитивный эффект, весьма точно предсказывало наблюдаемое снижение АД. Отношения наблюдаемого к ожидаемому увеличивающему снижению АД комбинации каждого класса препаратов с любым другим по отношению к эффекту одного препарата были соответственно для тиазидов, б-блокаторов, ингибиторов АПФ и антагонистов кальция: 1,04 (95% доверительный интервал {ДИ} 0,88–1,20; 1,0 (95% ДИ 0,76–1,24); 1,16 (95% ДИ 0,93–1,39) и 0,89 (95% ДИ 0,69–1,09), а по всем группам вместе – 1,01 (95% ДИ 0,90–1,12). Сравнение этих результатов с опубликованными данными других мета-анализов по оценке действия различных доз этих же препаратов показало (рис. 3), что удваивание дозы препарата дает приблизительно только одну пятую от нарастающего снижения АД в случае комбинации препаратов (0,22 {95% ДИ 0,19–0,25}).

Вывод. Таким образом, снижение АД при использовании комбинации двух препаратов из этих 4-х классов препаратов может быть предсказано на основе аддитивных эффектов. Дополнительное снижение АД при назначении комбинации двух различных классов препаратов приблизительно в 5 раз больше, чем снижение при удвоении дозы одного препарата (монотерапия). Это исследование еще раз подтверждает большой потенциал комбинированной терапии в лечении больных АГ.

ПРЕИМУЩЕСТВА КЛОПИДОГРЕЛА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Артикова С.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), а также их осложнения занимают лидирующие позиции в структуре смертности взрослого населения. Согласно российским данным, более 57% всех случаев осложнений хронических неинфекционных заболеваний обусловлены ишемической болезнью сердца (ИБС) и другими заболеваниями, связанными с атеросклерозом.

Цель исследования. Изучить эффективность клопидогрела у больных ишемической болезнью сердца

Материалы и методы исследования. Клиническая эффективность клопидогрела в виде монотерапии у больных хронической ИБС в клинике АГМИ. В него были включены 85 больных с клиническими проявлениями атеросклероза: ИМ, ишемический инсульт, поражение периферических артерий.

Результаты исследования. Абсолютное снижение риска всех серьезных сосудистых событий за 2 года терапии показано для пациентов с ИМ или инсультом в анамнезе и для больных со стабильной стенокардией ($p=0,0005$), периферическим атеросклерозом ($p=0,004$) и мерцательной аритмией ($p=0,01$), а также за 3–4 недели терапии у больных с острым ИМ или инсультом. Польза антиагрегантной терапии существенно перевешивает связанный с ней риск больших экстракраниальных кровотечений. Наиболее изученным антиагрегантом является АСК в суточной дозе 75–150 мг, по крайней мере, такой же эффективной, как и более высокая дозировка. Клопидогрел приводил к снижению частоты серьезных сосудистых событий на 10% по сравнению с АСК.

Больные получали клопидогрел 75 мг или АСК 325 мг/сут. в течение 1–3 лет. Клопидогрел приводил к значимому снижению частоты новых ишемических осложнений (ИМ, ишемического инсульта, и сердечной смерти): отмечено 939 событий в основной и 1020 – в контрольной группе (снижение относительного риска – 8,7%, $p=0,043$). Максимальная польза достигнута в отношении снижения риска ИМ (на 19,2%). Кроме того, было установлено достоверное снижение частоты повторных госпитализаций по поводу ишемических событий или кровотечений у больных, получавших клопидогрел, по сравнению с теми, кто принимал АСК: с 13,7 до 12,6% (снижение относительного риска – 7,9%).

Последующий анализ исследования позволил выделить 5 групп больных высокого риска, у которых польза от применения клопидогрела наиболее значима: операция аорто–коронарного шунтирования (АКШ), наличие более одного ишемического события в анамнезе; поражение нескольких сосудистых бассейнов; сахарный диабет и гиперхолестеринемия.

Вывод. В заключение необходимо подчеркнуть, что длительное применение клопидогрела является эффективным и безопасным методом вторичной профилактики сердечно–сосудистых осложнений у больных с различными формами ишемической болезни сердца (в том числе при операциях реваскуляризации миокарда).

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Артикова С.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клинико-эпидемиологические исследования при артериальной гипертензии (АГ) наглядно продемонстрировали важность эффективного контроля артериального давления (АД) в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Однако прогноз при АГ зависит не только от уровня АД, но и от наличия сопутствующих факторов риска, ассоциированных клинических состояний и степени вовлеченности в процесс органов-мишеней. В этой связи целью лечения больного АГ является максимальное снижение риска ССО, что предполагает не только нормализацию АД, но и коррекцию модифицируемых факторов риска. Взаимосвязь между прогрессированием АГ и поражением органов-мишеней хорошо изучена.

Наиболее характерным поражением сердца при АГ считается гипертрофия миокарда, которая является независимым фактором риска развития ССО и смертности от них. При АГ гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) рассматривается как основной механизм формирования диастолической дисфункции (ДД) сердца. Частота развития ДД у больных АГ достигает 60% и в значительной степени определяет прогноз заболевания, поскольку ДДЛЖ у этой категории больных является одной из главных причин развития ХСН.

Цель исследования. Оптимизация оценки кардиопротективной эффективности антигипертензивной терапии с учетом показателей ремоделирования, систолической и диастолической функции левого желудочка.

Материалы и методы исследования. Обследовано 87 пациентов с АГ, в том числе 29 (33,3%) мужчин и 58 (66,7%) женщин. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 5,9$ лет. 1 степень АГ выявлена у 21 (24,1%) пациента, 2 степень – у 66 (75,9%). Длительность АГ составила $8,3 \pm 7,6$ лет. Высокий риск ССО определен у 7 (8,0%), средний – у 69 (79,3%), низкий – у 11 (12,6%) больных. Выявлены следующие факторы риска: отягощенная наследственность – у 62 (71,3%); курение – у 34 (39,1 %); ожирение – у 51 (58,6%). Ожирение I степени выявлено у 32 (36,8%) пациентов, II степени – 16 (18,4%), III степени – 3 (3,4%). Быструю утомляемость отмечали 41 (47,1%) больной, одышку при умеренной физической нагрузке – 26 (29,9%), сердцебиение – 3 (3,4%) больных.

Результаты исследования. У больных артериальной гипертензией при отсутствии выраженной структурно-геометрической перестройки левого желудочка, развитие ХСН с повышением уровня >1-концевого фрагмента мозгового натрий-уретического пептида в основном определяется совокупным влиянием возраста, индекса массы тела, толщины свободной стенки правого желудочка и показателя Е/Еш (отношение пиковых скоростей раннего трансмитрального кровотока и раннего диастолического движения фиброзного кольца). На фоне 24-недельной антигипертензивной терапии у 61% больных достижение целевого уровня АД сопровождалось более значимым уменьшением клинических проявлений ХСН и снижением уровня 1чГ-концевого фрагмента мозгового натрий-уретического пептида на 30% ($p<0,001$), тогда как при неэффективной терапии динамика этих показателей была недостоверной.

Длительная антигипертензивная терапия сопровождается уменьшением диаметра левого предсердия, толщины МЖП и величины систолического миокардиального стресса, однако только при достижении целевого уровня АД отмечено достоверное снижение массы миокарда на 9,3%, величины диастолического миокардиального стресса на 15,1% и конечно-систолического объема ЛЖ на 11,5% с увеличением фракции выброса на 5,9%.

На фоне 24-недельной антигипертензивной терапии скоростные параметры трансмитрального и транстрикуспидального кровотока не претерпевали достоверной динамики, а для оценки кардиопротективной эффективности проводимой терапии наиболее информативными оказались регионарные показатели тканевой доплерографии.

Так, достижение целевого уровня АД сопровождалось более высокими показателями пиковой систолической скорости Эт и низкими – Те1индекса в области боковой стенки ЛЖ, что согласуется с позитивной динамикой массы миокарда, диастолического миокардиального стресса, конечно-систолического объема и фракции выброса ЛЖ.

У больных АГ увеличение $E/E_{ш}>8$ сопровождается снижением систолической скорости боковой стенки ЛЖ с высоким показателем $TeI_{ш}$ -индекса, что свидетельствует о регионарных нарушениях систолической и диастолической функции продольных волокон миокарда. На фоне антигипертензивной терапии положительная динамика функциональных параметров ЛЖ более выражена у больных с исходной величиной показателя $E/E_{ш}>8$. Наиболее информативными параметрами в оценке эффективности антигипертензивной терапии являются индекс производительности миокарда (Теиндекс), как глобальный по данным трансмитрального кровотока, так и регионарный по данным тканевой доплерографии, а также отношение пиковых скоростей раннего трансмитрального кровотока и раннего диастолического движения фиброзного кольца в области МЖП (показатель $E/E_{ш}$), которые при достижении целевого уровня АД достоверно снижаются.

Вывод. Комплексное обследование больных АГ в динамике с использованием индекса производительности сердца ($TeI_{ш}$ -индекс) и комбинированного показателя $E/E_{ш}$ с целью более ранней и адекватной оценки кардиопротективной эффективности антигипертензивной терапии способствует повышению эффективности инструментального обследования больных. Уменьшение в динамике $TeI_{ш}$ -индекса и отношения $E/E_{ш}$ в области межжелудочковой перегородки на фоне антигипертензивной терапии свидетельствует об улучшении функционального состояния ЛЖ. Антигипертензивная терапия с достижением целевого уровня АД сопровождается снижением массы миокарда ЛЖ.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Артикова С.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время трудно представить протезирование клапанов сердца у пациентов с приобретенными и врожденными пороками сердца без сопутствующей антикоагулянтной терапии. Антикоагулянты непрямого действия (АКНД), кумарины, введены в клиническую практику в середине XX века почти одновременно с эпохой становления хирургического лечения пороков сердца. Антагонисты витамина К и по сей день являются единственными и безальтернативными доступными оральными антикоагулянтами для постоянного лечения пациентов с имплантированными искусственными клапанами сердца (ИКС).

Клинические испытания II и III фаз исследований новых прямых (независимых от антитромбина III, селективных) ингибиторов тромбина, которые могли бы претендовать на роль альтернативы АКНД в профилактике тромботических осложнений у пациентов после имплантации ИКС, не увенчались успехом.

Цель исследования. Оценить особенности влияния генетических факторов (полиморфизм генов $CYP2C9$ и $VKORC1$), активности фермента биотрансформации $CYP2C9$ и межлекарственного взаимодействия на антикоагулянтное действие варфарина у пациентов после имплантации ИКС в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. За 2018–2020 гг. обследовано 52 больных с протезами клапанов сердца. Первая группа ($n=8$) пациентов приняла участие в разделе работы, посвященном стратегии восстановления синусового ритма, вторая группа ($n=24$) участвовала при оценке эффективности обучающей программы, третья ($n=21$) – в разделе исследования по применению фармакогенетической чувствительности к варфарину.

Больным проведены операции в условиях ИК по коррекции клапанной патологии, использовали геномные методы исследования, оценку данных ультразвукового исследования внутрисердечной гемодинамики.

Результаты исследования. Применение одномоментной коррекции порока митрального клапана и процедура «Лабиринт» в 61,8 % случаев обеспечивало восстановление синусового ритма; плановая электроимпульсная терапия, проводимая через 1,5 месяца после операции на сердце, увеличивала возможность восстановления синусового ритма у 84,8 % больных; применение катетерной радиочастотной абляции через 6 месяцев после операции на сердце в 100 % случаях способствовало восстановлению синусового ритма у пациентов с биологическими протезами и обеспечивало отмену варфарина.

Применение фармакогенетического подхода в раннем послеоперационном периоде привело к уменьшению в 2 раза сроков подбора терапевтической дозы варфарина и увеличению на 25,2 % времени терапевтического диапазона гипокоагуляции. Использование обучающей программы, основанной на преимуществах стационарного и амбулаторного этапов, позволило через 2 года после протезирования клапанов сердца в 1,8 раза снизить риск тромботических и в 2,6 раза – геморрагических осложнений.

Вывод. Применение комплексного подхода, включающего последовательное восстановление синусового ритма, информационно-мотивационный и фармакогенетический подходы, способствуя улучшению качества контроля терапии варфарином, повышению информированности, приверженности к лечению, обеспечивает уменьшение геморрагических и тромботических осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Атаханова Н.С., Юсупова М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Атеросклероз с его основными клиническими проявлениями продолжает лидировать в структуре заболеваемости и смертности. Вместе с тем в большинстве развитых стран в последние годы, достигнуты значительные успехи в снижении сердечно - сосудистой смертности. По мнению экспертов, эти результаты явились логическим завершением последовательного внедрения правил первичной профилактики атеросклероза, здорового образа жизни, а также основных принципов доказательной медицины, включая результаты многоцентровых клинических исследований.

Цель исследования. Изучить частоту таких факторов риска сердечно -сосудистых заболеваний как АГ, избыточный вес/ожирение, сахарный диабет 2 типа, курение у мужчин и женщин в различных возрастных группах.

Материалы и методы исследования. Объектом для исследования послужили 382 человека в возрасте (25-69 лет). Они не имели клинических признаков атеросклероза, находились на стационарном лечении в клинике Андиганского государственного медицинского института. Проведено одномоментное обследование больных методом случайной выборки с заполнением специально составленной анкеты. Анкета содержит паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество, возраст, пол, место жительства), факт курения, показатели артериального давления. Отражался основной диагноз, его осложнения и сопутствующий диагноз.

Результаты исследования. Обследовано 382 пациента: мужчин - 33,2% (127 чел.), женщин - 66,8% (255 чел.). Проведенное исследование по изучению распространенности факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний показало, что среди обследованных нами больных курение выявлено у 70,8% (90 чел.) мужчин и у 5,1% (13 чел.) женщин ($p<0,0001$). Избыточный вес/ожирение и артериальная гипертензия выявлены приблизительно в равных долях у 55,1% (70 чел.) и 51,9% (66 чел.) мужчин, и у 54,1% (138 чел.) и у 56,1% (143 чел.) женщин, соответственно. Сахарный диабет 2 типа чаще определялся среди женщин по сравнению с мужчинами: 15,7% (40 чел.) и 11,1% (14 чел.), соответственно ($p>0,05$).

Выводы.

1. Каждый второй мужчина и каждая вторая женщина имеют артериальную гипертонию и избыточный вес/ожирение. Основным фактором риска среди мужчин явилось курение, которое встречалось у 70,9% и достоверно чаще, чем у женщин ($p<0,0001$).
2. Среди населения Ферганской долины 84,3% мужчин и 41,9% женщин имеют более 3 факторов риска ($p<0,0001$), количество которых увеличивается с возрастом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Атохонов Азизбек Абдусоломович
Андиганский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение кариеса зубов и его осложнений является сложной психологической и практической задачей как для ребенка и его родителей, так и для врачей-стоматологов. Поэтому наиболее важно и целесообразно выявление кариозных поражений на ранних стадиях, при лечении которых используются нехирургические методы (интерцептивное лечение). Ранняя диагностика процесса деминерализации эмали позволяет применить методы, способствующие реминерализации. Важным преимуществом применения лекарственных средств, содержащих CPP-ACP (MI Paste Plus, Tooth Mousse, жевательная резинка Trident White), является безопасность при их проглатывании.

Однако клиницистам следует помнить о возможных побочных эффектах, которые могут вызвать соединения казеина у лиц с аллергией на белок молока. Особенно важно своевременно приостановить развитие кариозных поражений у детей с высоким риском возникновения кариеса.

Цель исследования . Оценить эффективность проведения интерцептивного лечения кариозных поражений без образования полости у детей раннего возраста с высоким риском развития кариеса.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проведено лечение 110 детей в возрасте от 12 до 36 месяцев (средний возраст – 20,2 (5,08) месяца). Оценку интенсивности кариозного процесса проводили по индексу к 1-4 пуз. Гигиену полости рта оценивали с помощью индекса оценки зубного налета у детей раннего возраста, разработанного Э.М. Кузьминой (2000).

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов проводилась с использованием программ Excel, STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. Терапевтическая герметизация была проведена у детей группы 1 в 28 молярах с начальным кариесом (меловидные фиссуры) и в 48 зубах с пигментированными фиссурами. Сравнение эффективности герметизации проводили с 41 зубом у 22 пациентов из группы 3, которым проводили ежедневные аппликации кальцийфосфатсодержащего геля (16 моляров с меловидными фиссурами и 25 зубов с пигментированными фиссурами). Через 1 год после проведенной герметизации меловидных фиссур силант сохранился в 16 (57,1±18,71%) зубах. Средний срок сохранности герметика составил 13,4±5,45 месяца, $Me=12,0$ [10,0/15,0]. Без изменения остались фиссуры в 5 зубах, в них силант сохранялся 4–10 месяцев. Реминерализация эмали произошла в 7 (25,0±16,36%) зубах. В зубах с утратой герметика проводили регерметизацию. Через 2 года силант сохранился также в 16 зубах, средний срок сохранности материала – 10,7±4,87 месяца. В 9 (32,1±17,74%) зубах произошла реминерализация эмали в области фиссур, а в трех (10,7±11,68%) зубах развился кариозный процесс: в одном – в пределах эмали и в двух – с вовлечением дентина. Через 3 года сохранность герметика наблюдалась в 9 (32,1±17,74%) зубах, интактные фиссуры были в 14 (50,0±18,90%) молярах, в 5 (17,9±14,49%) зубах диагностирован кариес. Таким образом, 82,1±14,49% зубов с начальным кариесом после проведения терапевтической герметизации были здоровы. В группе 3 через 1 год в зубах с меловидными фиссурами в 8 (50,0±25,00%) случаях произошла реминерализация, и в таком же количестве зубов развился кариозный процесс. Через 2 и 3 года 7 (43,8±24,8%) зубов оставались здоровыми, а в 9 (56,2±24,8%) – развился кариес, что было статистически значимо выше, чем в группе 1 ($p<0,05$). Эффективность терапевтической герметизации фиссур с начальным кариесом по сравнению с ежедневными аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля составила через 3 года 68,1%. Шанс развития кариеса в зубах с меловидными фиссурами после неинвазивной герметизации стеклоиономерным цементом составляет 0,39, а после аппликаций кальций-фосфатсодержащего геля – 1,40. Отношение шансов составило 3,58 (95% ДИ 0,90–14,26) При базовом обследовании у детей с высоким риском развития кариеса значимую долю в структуре индекса к 1-4 пуз занимали кариозные поражения без образования дефекта твердых тканей: в группе 1 – 2,53, в группе 2 – 2,44, в группе 3 – 2,40. Как было указано выше, проведение лечебных и профилактических мероприятий привело к реминерализации значительной доли начальных кариозных поражений и стабилизации пигментированных поражений эмали. В результате

показатель к 1-4 пуз в группах 1 и 2 снизился по сравнению с исходными данными на 0,65 и на 1,15 соответственно, в группе 3 повысился на 0,29. Однако среднее значение показателя в группах значимо не отличалось ($p_{1-2}=0,92$; $p_{1-3}=0,13$; $p_{2-3}=0,12$).

Заключение. Таким образом, проведение терапевтической герметизации фиссур моляров с начальными кариозными поражениями снижает риск их прогрессирования по сравнению с аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля в 3,6 раза, пигментированных фиссур – в 19,95 раза. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина позволяет повысить эффективность реминерализации начальных кариозных поражений на гладких поверхностях на 35,2%. Детям с высоким риском возникновения кариеса и активным течением кариозного процесса наряду с устранением общих факторов риска, применением фторидов и кальций-фосфатсодержащего геля необходимо проведение терапевтической герметизации меловидных и пигментированных фиссур моляров и аппликации 0,05% раствора хлоргексидина.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АНАСЕП» В КУПИРОВАНИИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Атохонов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблемы герпетической инфекции (ГИ) связаны с широким распространением и высокой частотой заболеваний, вызываемых различными типами вирусов семейства Herpesviridae, наиболее распространенными из которых являются вирусы простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типа. Для этой группы вирусов характерна нейтроиммунотропность и пожизненная персистенция в организме человека. Медико-социальная проблема ГИ также связана с частым рецидивированием заболевания, что приводит к снижению качества жизни пациентов, отсутствием универсальных методов лечения, способных элиминировать герпес-вирусы из организма человека, и возможностью развития тяжелых осложнений, особенно у лиц с иммунодефицитом. В 2018–2019 годах на базе Андижанской областной стоматологической больницы было проведено исследование.

Цель исследования. Сравнить эффективность средств наружного лечения обострения ГИ, оценить эффективность (терапевтическую эквивалентность) местного применения геля «Анасеп» (степень уменьшения объективных и субъективных симптомов) у пациентов, страдающих рецидивирующим простым герпесом в сравнении с эффективностью терапии препаратами «Зовиракс» (крем) и «Фенистил Пенцивир» (крем). Оценить безопасность (побочные эффекты, переносимость) местного применения геля «Анасеп» в купировании рецидивов простого герпеса, путем регистрации нежелательных явлений.

Материалы и методы. В исследование был включен 61 пациент обоего пола от 20 до 71 года (средний возраст – $40,7 \pm 2,1$ года): 16 мужчин и 45 женщин с клинически установленным диагнозом: «хронический рецидивирующий простой герпес». Генитальный герпес диагностировался у 16 (41,4%) больных: (7 мужчин и 9 женщин), лабиальный – у 45 (68,6%) пациентов (9 мужчин и 26 женщин). Все пациенты, участвующие в исследовании, имели обострение ГИ (не позднее 4 дня от начала рецидива). Среднее число обострений заболевания в год составило $4,1 \pm 0,4$. 98% больных предъявляли характерные жалобы (74,5% – на зуд в очаге, 47,1% – на боль и 68,6% – на жжение).

Результаты и их обсуждение. В процессе лечения у пациентов 1-й группы жалобы полностью регрессировали в среднем к $4,7 \pm 0,4$ дню (за $89,6 \pm 8,9$ часов), во 2-й группе – к $4,6 \pm 0,5$ дню (за $110,1 \pm 12,7$ часов, $p > 0,1$), в 4-й группе – к $5,5 \pm 0,6$ дню (за $142,7 \pm 14,0$ часов, $p < 0,02$). На 2-м визите (на 4-й день) жалобы предъявляли 24 пациента (47,1% от всех наблюдаемых больных): зуд в очаге сохранялся у 44,4% (-41,2% по сравнению с визитом 1), боль в очаге – у 15,7% (-41,4%), жжение – у 15,7% (-52,9%). Из них в 1-й группе больных, имеющих жалобы, было 4 чел. (24,5%), что по сравнению с визитом 1 составило –70,6%. Во 2-й группе таких больных было 8 (47,1%, $p > 0,1$), это –52,9% по сравнению с 1 визитом. В 4-й число таких больных составило 12 (70,6%*, $p < 0,01$), -29,4% по сравнению с визитом 1. Значительная часть пациентов 1-й группы отмечала исчезновение зуда, жжения и боли в очаге воспаления уже в первые сутки лечения. В 1-й группе все жалобы регрессировали практически одновременно: зуд – за $4,8 \pm 0,4$ дня, боль и жжение – за $4,7 \pm 0,4$ дня. Во 2-й и 4-й группах сначала исчезала боль ($4,4 \pm 0,4$ – во 2-й гр. и $4,4 \pm 0,5$ – в 4-й гр.) и чувство жжения (за $4,9 \pm 0,5$ и $4,4 \pm 0,7$ дня соответственно) в очагах герпетических высыпаний, несколько медленнее регрессировал зуд (за $4,4 \pm 0,5$ – во 2-й, $p > 0,2$ и $5,4 \pm 0,7$ – в 4-й, $p > 0,05$ по сравнению с 1-й гр.). В ходе исследования было отмечено, что во всех группах достоверно более быстрый регресс жалоб был у пациентов с лабиальным герпесом ($4,4 \pm 0,4$ дня), чем у больных ГГ ($5,8 \pm 0,7$ дня, $p < 0,05$), а длительность клинических проявлений заболевания не различалась ($9,4 \pm 0,2$ и $9,2 \pm 0,4$ дня соответственно). Объективные симптомы ГИ у пациентов 1-й группы регрессировали в среднем к $8,76 \pm 0,4$ дню (за $210,4 \pm 10,2$ часов), во 2-й группе – к $9,7 \pm 0,4$ дню (за $242,9 \pm 7,1$ часов, $p > 0,05$), в 4-й группе – к $9,5 \pm 0,4$ дню (за $227,4 \pm 7,7$ часов, $p > 0,1$). Эти данные можно обозначить как средняя продолжительность рецидива. Тем не менее, в каждой группе были зарегистрированы пациенты, у которых на заключительном визите (10 день) сохранялись какие-либо проявления герпетического процесса: 1 больная (5,9%) в 1-й группе (сохранялась небольшая отечность и гиперемия в очаге), 5 пациентов (29,4%, $p > 0,05$) во 2-й группе (сохранялись легкая гиперемия и слабо выраженные корочки), 5 человек (29,4%, $p > 0,05$) в 4-й группе (аналогичные проявления). При этом из 11 больных с оставшимися клиническими проявлениями заболевания только 2 (18,2%) страдали генитальным герпесом, у остальных была назолабиальная локализация ГИ.

Все пациенты оценили переносимость назначенных препаратов для наружного лечения как хорошую. Никаких побочных местных и общих реакций не было зафиксировано. Пациентами 1-й группы было отмечено удобство применения геля «Анасеп» 2–4 раза в сутки (по сравнению с нанесением 5 раз в сутки крема «Зовиракс» и 8 раз в сутки крема «Фенистил Пенцивир») и его хорошие органолептические (косметические) свойства: прозрачность, не блестит после нанесения, в этой связи его можно применять перед появлением в общественных местах.

Выводы. В ходе исследования по оценке эффективности и безопасности применения геля «Анасеп» в лечении рецидивов простого герпеса была выявлена его высокая эффективность и хорошая переносимость при наружном лечении даже в качестве монотерапии данного заболевания. Гель «Анасеп» быстро купирует субъективные ощущения и объективные проявления обострения герпетической инфекции, особенно при раннем начале лечения. В процессе

терапии отмечен достоверно более ранний регресс жалоб, предъявляемых пациентами, чем при лечении кремом «Фенистил Пенцивир», и достоверно более быстрое уменьшение размеров высыпаний (по сравнению с лечением кремом «Зовиракс»). Препарат оказывает более выраженный эпителизирующий эффект, сокращает период образования и отпадания корочек (достоверное различие с обоими препаратами сравнения). Полученные результаты, превосходящие или сопоставимые с результатами, полученными при лечении признанным стандартом (кремом «Зовиракс» (ацикловир) в сочетании с высокой комплаентностью лечения (нанесение препарата 2–4 раза в сутки) и отличными косметическими свойствами, позволяют использовать гель «Анаспеп». Он может быть использован для купирования обострений лабиального или генитального герпеса любой степени тяжести. Его можно считать препаратом, терапевтически эквивалентным ацикловиру. Эффективность геля «Анаспеп» для купирования рецидива ВПГ-инфекции кроме объективных данных подтверждена и субъективной оценкой лечения, данной пациентами и врачом: «хороший» эффект терапии отметили 88,2% пациентов, что полностью совпало с оценкой исследователя. Безопасность применения геля «Анаспеп» доказана отсутствием нежелательных явлений, связанных с использованием препарата, а также местных и общих побочных реакций. В связи с этим «Анаспеп» можно рекомендовать в качестве средства выбора для широкого использования в клинической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Атохонов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение кариеса зубов и его осложнений является сложной психологической и практической задачей как для ребенка и его родителей, так и для врачей-стоматологов. Поэтому наиболее важно и целесообразно выявление кариозных поражений на ранних стадиях, при лечении которых используются нехирургические методы (интерцептивное лечение). Ранняя диагностика процесса деминерализации эмали позволяет применить методы, способствующие реминерализации. Одним из важных преимуществ применения лекарственных средств, содержащих CPP-ACP (MI Paste Plus, Tooth Mousse, жевательная резинка Trident White), является безопасность при их проглатывании.

Однако клиницистам следует помнить о возможных побочных эффектах, которые могут вызвать соединения казеина у лиц с аллергией на белок молока. Особенно важно своевременно приостановить развитие кариозных поражений у детей с высоким риском возникновения кариеса.

Цель исследования. Оценить эффективность проведения интерцептивного лечения кариозных поражений без образования полости у детей раннего возраста с высоким риском развития кариеса.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проведено лечение 110 детей в возрасте от 12 до 36 месяцев (средний возраст – 20,2 (5,08) месяца). Оценку интенсивности кариозного процесса проводили по индексу к 1-4 пуз. Гигиену полости рта оценивали с помощью индекса оценки зубного налета у детей раннего возраста, разработанного Э.М. Кузьминой (2000).

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов проводилась с использованием программ Excel, STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. Терапевтическая герметизация была проведена у детей группы 1 в 28 молярах с начальным кариесом (меловидные фиссуры) и в 48 зубах с пигментированными фиссурами. Сравнение эффективности герметизации проводили с 41 зубом у 22 пациентов из группы 3, которым проводили ежедневные аппликации кальцийфосфатсодержащего геля (16 моляров с меловидными фиссурами и 25 зубов с пигментированными фиссурами). Через 1 год после проведенной герметизации меловидных фиссур силант сохранился в 16 (57,1±18,71%) зубах. Средний срок сохранности герметика составил 13,4±5,45 месяца, Me=12,0 [10,0/15,0]. Без изменения остались фиссуры в 5 зубах, в них силант сохранялся 4–10 месяцев. Реминерализация эмали произошла в 7 (25,0±16,36%) зубах. В зубах с утратой герметика проводили регерметизацию. Через 2 года силант сохранился также в 16 зубах, средний срок сохранности материала – 10,7±4,87 месяца. В 9 (32,1±17,74%) зубах произошла реминерализация эмали в области фиссур, а в трех (10,7±11,68%) зубах развился кариозный процесс: в одном – в пределах эмали и в двух – с вовлечением дентина. Через 3 года сохранность герметика наблюдалась в 9 (32,1±17,74%) зубах, интактные фиссуры были в 14 (50,0±18,90%) молярах, в 5 (17,9±14,49%) зубах диагностирован кариес. Таким образом, 82,1±14,49% зубов с начальным кариесом после проведения терапевтической герметизации были здоровы. В группе 3 через 1 год в зубах с меловидными фиссурами в 8 (50,0±25,00%) случаях произошла реминерализация и в таком же количестве зубов развился кариозный процесс. Через 2 и 3 года 7 (43,8±24,8%) зубов оставались здоровыми, а в 9 (56,2±24,8%) – развился кариес, что было статистически значимо выше, чем в группе 1 (p<0,05). Эффективность терапевтической герметизации фиссур с начальным кариесом по сравнению с ежедневными аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля составила через 3 года 68,1%. Шанс развития кариеса в зубах с меловидными фиссурами после неинвазивной герметизации стеклоиономерным цементом составляет 0,39, а после аппликаций кальций-фосфатсодержащего геля – 1,40. Отношение шансов составило 3,58 (95% ДИ 0,90–14,26). При базовом обследовании у детей с высоким риском развития кариеса значимую долю в структуре индекса к 1-4 пуз занимали кариозные поражения без образования дефекта твердых тканей: в группе 1 – 2,53, в группе 2 – 2,44, в группе 3 – 2,40. Как было указано выше, проведение лечебных и профилактических мероприятий привело к реминерализации значительной доли начальных кариозных поражений и стабилизации пигментированных поражений эмали. В результате показатель к 1-4 пуз в группах 1 и 2 снизился по сравнению с исходными данными на 0,65 и на 1,15 соответственно, в группе 3 повысился на 0,29. Однако среднее значение показателя в группах значимо не отличалось (p 1-2 =0,92; p 1-3 =0,13; p 2-3 =0,12).

Заключение. Таким образом, проведение терапевтической герметизации фиссур моляров с начальными кариозными поражениями снижает риск их прогрессирования по сравнению с аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля в 3,6 раза, пигментированных фиссур – в 19,95 раза. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина позволяет повысить эффективность реминерализации начальных кариозных

поражений на гладких поверхностях на 35,2%. Детям с высоким риском возникновения кариеса и активным течением кариозного процесса наряду с устранением общих факторов риска, применением фторидов и кальций-фосфатсодержащего геля необходимо проведение терапевтической герметизации меловидных и пигментированных фиссур моляров и аппликации 0,05% раствора хлоргексидина.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКОМИСТИНА

Атохонов А. В.

Андижанский государственный медицинский институт

Пародонтит может локализоваться в области одного или нескольких зубов, а также носить генерализованный характер. Ведущая роль в этиологии и патогенезе хронического генерализованного пародонтита (ХГП) принадлежит микробной флоре – грам-положительным коккам, бациллам, спирохетам, фузигеформным бактериям, грам-отрицательным анаэробам. Эти микроорганизмы отличаются высокой агрессивностью и способностью проникать внутрь тканей пародонта. В настоящее время можно считать установленным, что главным депо микробной флоры, способствующим возникновению ХГП, является поддесневой зубной налет (зубная бляшка), находящийся в пространстве десневой борозды, на корне зуба, на поверхности соединительного эпителия и в пародонтальных карманах и состоящий на 35% из бактерий. Лечение заболеваний пародонта строится на принципе максимально индивидуализированного подхода к каждому больному с учетом данных общего и стоматологического статуса. В связи с этим оно всегда носит комплексный характер: применяются методы местной и общей терапии, которые нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. План лечения больного составляется индивидуально и зависит от степени тяжести пародонтита, распространенности процесса, наличия ротовых патологий, а также от активного участия пациента в лечебном процессе, от его социальной защищенности. В первое посещение пациента необходимо оценить состояние гигиены полости рта и обучить его навыкам гигиены, при этом для контроля используется гигиенический индекс. Зубные отложения следует удалять после обработки шеек зубов и слизистой десны одним из антисептических растворов: 3% раствор перекиси водорода, 0,2% раствор хлоргексидина или 0,01% раствор Окомистин. Затем приступают к проведению местной противовоспалительной терапии, которая включает в себя использование по показаниям антисептиков, антибиотиков, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, ферментов, вяжущих средств и т.д. В этом плане большое значение придается антисептической обработке пародонтальных карманов с применением широкого спектра антисептиков, таких как 0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор перманганата калия, 3% раствор перекиси водорода, 0,2% раствор хлоргексидина или 0,01% раствор Окомистин. Клинический опыт применения для этих целей препарата Окомистин, который обладает широким спектром антимикробного действия и иммуномодулирующим действием, позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику врачей-пародонтологов. Окомистин выпускается в форме раствора. Действующее вещество препарата – бензилдиметил [3-(миристоиламино) пропил] аммоний хлорид, моногидрат – катионное поверхностно-активное вещество. Окомистин обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, спорообразующих и аспорогенных бактерий, действует на простейших, оказывает противогрибковое действие на дрожжеподобные грибы, дерматофиты, актиномицеты и другие патогенные грибы и обладает противовирусными свойствами. При хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести продолжительность курса лечения составляет 7 – 8 посещений. Здесь также в первые посещения проводятся: оценка состояния гигиены полости рта, обучение пациента правилам ухода за зубами, снятие зубных отложений, шлифовка шеек и корней зубов, избирательное пришлифовывание окклюзионных поверхностей зубов. Параллельно с этим следует решать вопросы удаления корней, отдельных зубов, проведения ортопедического лечения и шинирования.

Выводы. Проведенные клинико-иммунологические исследования показали, что комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита с применением иммуномодулирующего антисептика Окомистин обеспечивает более стойкую ремиссию и удлиняет ее сроки. Применение в практике стоматологии современных достижений медицинской науки позволяет расширить возможности патогенетической терапии болезней пародонта.

ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАРҚАЛИШИ

Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ортиқча тана вазни юрак қон томир касалликлари, жумладан артериал гипертония (АГ) нинг келиб чиқишига ва ривожланишига олиб келувчи хатарли омиллардан бири ҳисобланади. АГ нинг бошқа хатарли омилларидан фарқи ўларок томони, ортиқча тана вазни бошқарса бўладиган омиллар қаторига кириб, унинг камайтирилиши ёки бартараф этилиши касалликни номедикаментоз даволаш усулларида бири ҳисобланади.

Ҳозирги кунда семизлик нафақат Европа ва Америка, балки Ўзбекистонда ҳам давримизнинг энг долзарб муаммоларидан бирига айланиб улгурган.

Тадқиқотнинг мақсади: Андижон шаҳри уюшмаган аҳолиси орасида артериал гипертониянинг хатарли омили – ортиқча тана вазнининг тарқалиши ва унинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Текширувда 15 ёшдан 70 ёшгача бўлган 658 нафар эркак ва 562 нафар аёллар катнашган. Антропометрик ўлчаш қуйидагича бажарилди: бўйи пойабзалсиз тик турган ҳолда 0,5 см аниқлик билан, тана вазни 0,1 кг гача аниқлик билан (пойабзалсиз) ўлчаниб баҳоланди. Улардан келиб чиқиб, Кетле формуласи бўйича ва ЖССТ таснифидан фойдаланиб, тана вазни индекси аниқланди (тана вазни (кг)/бўй (м²)): Кетле индекси ≤18,5 га тенг бўлганда

тана вазнининг етишмаслиги, 18,5-24,9 га тенг бўлса тана вазни меъёрада, 25-29,9 бўлса тана вазни ортқча, 30-34,9 бўлса семизликнинг I синфи, 35,0-39,9 бўлса семизликнинг II синфи ва 40 ≥ бўлса семизликнинг III синфи деб баҳоланди.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, ортқча тана вазни текширилган эркакларнинг 9 % ва аёлларнинг 16 %ида аниқланган. Жумладан, 15 ёшдан 19 ёшгача бўлган эркакларнинг 1,1% ва шу ёшдаги аёлларнинг 1,4 % ида ортқча вазн борлиги аниқланган. Ёш ўтиши билан бу кўрсаткич ортиб борган ва 20-29 ёш оралиғида 3,7 % аёлларда ва 2,1 % эркакларда ушбу ҳолат кузатилган.

30-39 ёшда ортқча тана вазни 4,8 % эркаклар ва 6,5% аёлларда аниқланган. 40-49 ёшда бу омил 7,5% эркакларда ва 9,4 % аёлларда учрайди. 50-59 ёшда эса бу кўрсаткич 11,2 % эркаклар ва 12,9 % аёлларни ташкил этади.

60-69 ёшда ортқча тана вазни 15,4 % эркакларда ва 16,5% аёлларда кузатилди. 70 ва ундан катта ёшда ортқча тана вазни билан эркаклар 18,7 %ни, аёллар 19,4 % ни ташкил этди.

Ўтказилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, ортқча тана вазни аёллар орасида эркакларга нисбатан 1,8 марта кўп учрайди. Ёш ўтиб бориши билан бу кўрсаткич эркакларда ҳам, аёлларда ҳам ортиб боради. Ортқча тана вазини камайтириш орқали АГни ривожланиши ва асоратларини олдини олишга эришиш мумкин.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ТАРҚАЛИШИ

Ахмадалиева У.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Артериал гипертония (АГ) ҳозирги давримизнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касалликнинг келиб чиқиши ва ривожланишида уни келтириб чиқарувчи хатарли омилларнинг ўрни ва роли катта бўлиб, у ёки бу омилни камайтириш ёки бартараф қилиш даволаш самарадорлигини маълум даражада оширади. Ирсий мойиллик каби хатарли омилни бошқариб бўлмайди, лекин соғлом турмуш тарзига амал қилиш орқали бошқа хатарли омилларни касаллик ривожига таъсирини камайтириш мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади: Андижон шаҳар уюшмаган аҳолиси ўртасида (АГ) хавф омилларининг тарқалишини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Андижон шаҳри уюшмаган аҳолиси ўртасида ретроспектив текширув олиб борилди. Унда 15 ёшдан 70 ёшгача ва ундан катта ёшдаги 3222 киши текширувдан ўтказилди. Уларнинг 1313 нафари эркаклар, 1909 нафарини аёллар ташкил этди.

Тадқиқот натижаларидан шуни кўрсатдики, АГнинг хавф омиллари эркаклар ва аёллар орасида турли нисбатда учрайди. Шулардан бири гиподинамия – эркакларда 11,7 % , аёлларда 12,2 % кузатилди. Ортқча тана вазни (ТВИ>25) эркакларда 9 %, аёлларда 16 % аниқланди. Гиперхолестеринемиянинг эркаклар популяциясида тарқалиши 8,5 %, аёлларда 9,9 % ни ташкил қилди. Текширилган эркаклар популяциясида дислиппротеидемия 19,6 %, аёллар популяциясида 21,7 % кузатилди. Хатар омилларидан бири бўлган коагулологик омил эркаклар орасида 11,9 %, аёллар орасида 13,3 % аниқланди, гипертриглицеридемия эркакларда 10,1 % ва аёлларда 11,8 % ни ташкил қилди.

Эркакларнинг 13,5 % ва аёлларнинг 14,9 % ош тузини ортқча истеъмол қилиши аниқланди.

АГга ирсий мойиллик эркаклар популяциясида 11,6 % ва аёллар популяциясида 12,7% учрайди. Рухий зўриқиш омилли эркакларнинг 21,1 % ва аёлларнинг 16,6 % ида кузатилди.

Эркаклар популяциясида чекиш 55,5 % ни ташкил қилса, спиртли ичимликлар ичиш 5,7 % ни ташкил этади. Сўнгги 2 хатарли омил аёллар популяциясида кузатилмади.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, Андижон шаҳрининг уюшмаган аҳолиси орасида АГнинг энг кўп тарқалган хавф омилли эркаклар орасида чекиш бўлиб, у 55,5 % ни, аёллар орасида эса дислиппротеидемия бўлиб, у 27,7% ни ташкил қилди. Соғлом турмуш тарзига амал қилган ҳолда ҳар иккала омилни касалликнинг келиб чиқиши ва ривожланишига таъсирини камайтириш мумкин.

СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК БОСИМ ЎРТАЧА ДАРАЖАЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Ахмадалиева У.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Артериал гипертония (АГ) ҳозирги кунгача тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Пандемик тусда кўпайиб бораётган бу касаллик билан хасталанганлар 30 ёшгача бўлган аҳоли орасида 4%, 50-59 ёшли аҳоли орасида 44%, 60-69 ёшда – 54% ва 70 ёшдан ошганлар орасида эса 65%ни ташкил қилади.

Текширувда 15-70 ёшли ва ундан катталар орасида систолик артериал босим (САБ) ва диастолик артериал босим (ДАБ)нинг ўртача даражаларини янги тасниф бўйича ўрганиш мақсад қилиб олинди.

Андижон шаҳрининг 15-70 ёшли ва ундан катта 3969та (2395 аёл ва 1574 эркак) аҳоли орасида САБ ва ДАБнинг ўртача даражалари аниқланди. Қон босими икки дақиқалик интервал билан икки марта ўлчаниб, ўртачаси асосий кўрсаткич сифатида қабул қилинди. АГ таъхиси ЖССТ, ГХЖ (1999й.) ва АБМК (1997й.) мезонларидан фойдаланиб қўйилди.

Тадқиқотда олинган натижаларга кўра, умумий популяцияда САБнинг ўртача даражаси 142,5 мм.сим.уст., ДАБнинг ўртача даражаси 91,3 мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Турли ёш гуруҳларида бу кўрсаткичлар турлича бўлиб, ёш ўтиб боргани сари уларнинг ортиб бориши кузатилди. Жумладан, САБнинг ўртача даражалари 15-19 ёшлиларда 119,3 мм.сим.уст., 20-29 ёшлиларда 123,2 мм.сим.уст., 30-39 ёшлиларда 128,1 мм.сим.уст., 40-49 ёшлиларда 137,5 мм.сим.уст., 50-59 ёшлиларда 151,2 мм.сим.уст., 60-69 ёшда 157,4 мм.сим.уст., 70 ва ундан ошганларда 159,3 мм.сим.уст.ни ташкил этган бўлса, ДАБнинг ўртача даражалари 15-19 ёшда 76,8 мм.сим.уст., 20-29 ёшда 79,9 мм.сим.уст., 30-39 ёшда 85,8 мм.сим.уст., 40-49 ёшда 89,2 мм.сим.уст., 50-59 ёшда 91,3 мм.сим.уст., 60-69 ёшда 93,7 мм.сим.уст. ва 70 ёшдан ошганларда 95,0 мм.сим.уст. га тенг бўлиб аниқланди.

Демак, кон босими даражалари текширилган популяцияда ёшга боғлиқ ҳолда ўзгариб, АГ ривожига «кўприк солиб» боради. Бу натижалардан келиб чиқиб бирламчи профилактика ишларини ўз вақтида ўтказиш, иккиламчи профилактика тизимини режалаштириш ва учламчи профилактикани барвақт амалга ошириш текширилган аҳоли орасида АГ билан боғлиқ ижтимоий-иктисодий талофатларни кескин камайишига олиб келади.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ХАТАРЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

*Ахмадалиева У.К., Джумабаева С.Э., Салиев А.К., Максумова Д.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Артериал гипертония (АГ) юрак кон-томир касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касалликлардан биридир. Ҳозирги кунда АГ эркаклардан кўра аёлларимизни сезиларли даражада ўз чангалига тортмоқда. Биз аёллар орасида АГ хатарли омилларининг эпидемиологияси ва уларни ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини текширишни мақсад қилиб олдик.

Андижон шаҳрининг 15-49 ёшли аёллари орасида АГ ни хатарли омиллар билан алоқадорлик даражаси ва тарқалишини сўровнома, асбоб-ускуналар, биокимёвий ва эпидемиологик усуллар қўллаган ҳолда қиёсий ўрганиб чиқилди.

Тадқиқотда олинган натижалар шуни кўрсатадики, аёлларимиз орасида АГни энг кўп тарқалган хатарли омилли дислипидемия бўлиб, у 21,7% аниқланди.

Бошқа хатарли омиллар текширилаётган аёллар орасида қуйидаги кўрсаткичга эга бўлди, яъни, коагулологик хатарли омил 13,3%, гиподинамия 12,2%, ирсий мойиллик 12,7%, рухий зўриқиш 16,9%, гиперхолестеринемия 9,9%, гипертриглицеридемия 11,8%, ош тузини кўп истеъмол қилиш 14,9%, ортиқча тана вазни 10,6%.

Шу билан бирга ўрганилган хатарли омилларнинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини билиш жуда муҳим. Дислипидемия 15-19 ёшдаги аёлларнинг 13,2% да аниқланган бўлса, 49 ёшга бориб у 26,9% да кузатилди.

Ёш ўтган сари гипертриглицеридемия 1,9 баробар, коагулологик хатарли омил 4,7 баробар кўпайди, рухий зўриқиш ва ош тузини кўп истеъмол қилиш 3,2 ва 3,8 баробарга ортган, гиподинамия 3,4 баробар, ортиқча вазни аёллар сони 11 марта кўп аниқланди.

Ўтказилган ушбу тадқиқотдан хулоса қилиш мумкинки, Андижон шаҳрининг 15-49 ёшли аёллар орасида АГ нинг хатарли омиллари кенг тарқалган ва улар ёш ўтган сари ортиб бориб, касаллик ривожланишига ҳамда турли асоратларнинг келиб чиқишига ўз таъсирини кўрсатади.

Ёш ўтган сари хатарли омилларнинг популяцияда ортиб боришини овқатланиш тартибини ўзгартириш, ош тузи истеъмолини чеклаш, ҳайвон ёғини истеъмол қилишни камайтириш, жисмоний фаолликни ошириш каби қатор ишларни амалга ошириш, яъни соғлом турмуш тарзига риоя қилиш орқали камайтириш мумкин.

АГ хатарли омилларининг туғиш ёшидаги аёллар орасида ҳам кенг тарқалганлиги шу ёшдаги аёлларда хомиладорлик даврида алоҳида назоратни талаб қилади.

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЭССЕНЦИАЛЬНЫМИ ФОСФОЛИПИДАМИ

*Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Салиев А.К., Кадиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

При лечении алкогольной болезни печени основным принципом является прекращение употребления алкоголя. На ранних этапах заболевания в сочетании с полноценной диетой этого достаточно для восстановления печени.

В центре медикаментозной терапии на всех этапах заболевания применяются эссенциальные фосфолипиды, являющиеся высокоочищенным экстрактом бобов сои. Они как основной компонент клеточной мембраны восстанавливают их целостность, после чего нормализуется функция мембран, активизируются мембранные ферменты и увеличивается синтез эндогенных фосфолипидов. Во-вторых, происходит торможение трансформации клеток Ито в коллагенпродуцирующие. В третьих, уменьшается активность цитохрома, что приводит к обратному развитию жировой дистрофии, таким образом эссенциальные фосфолипиды воздействуют на большинство процессов, возникших вследствие повреждающего действия этанола при алкогольной болезни печени.

Нами было проведено исследование, в котором принимали участие 30 больных алкогольной болезнью печени. Использованы препараты Эссенциале форте Н (16 больных получали по 2 капсулы 3 раза в день в течении 3 месяцев, 14 больных по 2 капсулы 3 раза в день в течении 6 месяцев, после предварительного 10 дневного инъекционного курса по 5 мл в/в).

Больным жировой дистрофией достаточно 8-недельного курса лечения; при сформулированном гепатите требуется более продолжительное лечение, при этом тенденция к нормализации показателей трансаминаз проявляется на протяжении 3-4 месяцев.

При развитии алкогольного цирроза лечение заболевания и его осложнений - как кровотечение из варикозно - расширенных вен пищевода и портальная гипертензия с асцитом, требует включения дополнительных медикаментозных препаратов.

СИНДРОМ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

*Ахмадалиева У.К., Кадиров Д.А., Усманова У.И., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

Синдром тромбоцитопении часто сопутствует хроническим заболеваниям печени и ухудшает прогноз. Тромбоцитопения (снижение числа тромбоцитов менее 150000 в мкл) - одно из наиболее частых гематологических нарушений у больных хроническими заболеваниями печени. Распространенность и тяжесть тромбоцитопении (ТП) определяется активностью печеночного процесса, выраженностью фиброза и по-видимому, этиологией поражения печени. Так, ТП обнаруживают в 52% случаев фульминантного гепатита и только в 16% случаев острого гепатита, у больных ХЗП она выявляется у 6% больных с мягким и умеренным фиброзом и у 64-76% больных на стадии цирроза печени. Несмотря на отсутствие однозначных данных в пользу влияния этиологии заболевания на частоту развития ТП, ряд исследований свидетельствуют, что она наблюдается чаще и степень ее тяжести выше у больных ЦП вирусной этиологии.

С практической точки зрения в зависимости от количества тромбоцитов в периферической крови выделяют следующие степени тяжести ТП:

- умеренная ТП (число тромбоцитов находится в пределах от 75000 до 150000 в мкл)
- тяжелая ТП (число тромбоцитов находится в пределах от 10000 до 75000 в мкл)
- крайне тяжелая ТП (число тромбоцитов менее 10000 в мкл).

При тяжелой ТП проведение хирургических манипуляций сопряжено с повышенным риском развития кровотечений, а при крайне тяжелой - возможно развитие спонтанных кровотечений, поэтому рекомендуется профилактическое введение тромбомассы.

ТП при ХЗП достаточно редко является причиной кровотечений, но может рассматриваться как неблагоприятный фон, повышающий риск кровотечений, особенно у больных с исходной коагулопатией вследствие нарушения синтетической функции печени. Поэтому тяжелая ТП, наряду с тяжестью поражения печени, является одним из неблагоприятных прогностических факторов риска кровотечения и летального исхода, например, у больных с варикозно-расширенными венами пищевода.

Нами было обследовано 52 больных: 22 - с хроническим гепатитом С, 30 - с циррозом печени, у 11 из них класс «С» по Чайлд-Пью (декомпенсированный цирроз), а у 19 - класс «В» по Чайлд-Пью (субкомпенсированный цирроз). Диагноз всем этим больным был поставлен на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования, включая фиброскан (эластометрия печени).

Умеренная ТП выявлена у 4 больных с хроническим гепатитом С, у 5 больных с субкомпенсированным циррозом и у 7 больных с декомпенсированным циррозом печени. Тяжелая ТП выявлено у 7 больных с декомпенсированным циррозом печени, у которых еще наблюдались эпизодические носовые кровотечения, кровотечения из десен. В анамнезе этих больных неоднократно кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Таким образом, ТП часто встречается у больных хроническими заболеваниями печени, особенно на стадии декомпенсированного цирроза печени. ТП может рассматриваться как один из маркеров тяжести поражения печени. Клиническое значение ТП заключается в ее влиянии на тактику ведения больных хроническими заболеваниями печени. Своевременная диагностика и коррекция ТП позволит улучшению прогноза у больных хроническими заболеваниями печени.

НЕЙРОЛЕПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

*Ахматхунова М.К., Тургунов М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Шизофрения является хроническим рецидивирующим расстройством психотического уровня, существенно ухудшающим социальную и профессиональную деятельность пациентов и сокращает продолжительность жизни на 15-25 лет. Лечение включает в себя различные медикаментозные средства в сочетании с широким спектром психосоциальных интервенций.

В целом такая терапия направлена на снижение частоты и тяжести обострений психотических проявлений (рецидивов), на редукцию широкого спектра симптомов заболевания, улучшение функционирования пациентов и повышение их качества жизни.

До появления и широкого распространения антипсихотических препаратов в предшествующие 50-70 лет, стандартное лечение таких пациентов заключалось в обеспечении им безопасной и благоприятной среды в больницах для длительного их проживания.

Появление в 50-х годах XX века первого антипсихотического препарата хлорпромазина (аминазина) явилось революцией в психофармакотерапии шизофрении, при том, что и до настоящего момента эта группа медикаментов остается основным средством для лечения болезни.

Цель исследования. Рассмотреть ситуацию применения нейролептиков как основных фармакологических средств для лечения шизофрении как хронического психического заболевания, представленного рядом позитивных, негативных, когнитивных и аффективных симптомов, приводящих в итоге к дезорганизации психической деятельности и психической дезадаптации пациентов.

Результаты исследования. Тем не менее, результаты современных крупномасштабных исследований (например, Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness, CATIE, при котором проводилось сравнение одного из АП первого поколения (Перфеназина) с четырьмя препаратами второго поколения (Оланзапин, Кветиапин, Рисперидон и Зипрасидон), свидетельствуют, что атипичные антипсихотические препараты могут быть не более эффективными, чем типичные, и не показывают при этом лучших результатов в плане восстановления когнитивной функции и социального

функционирования [24, 38]. Следует отметить, что в этом исследовании представлены данные обследования получавших Перфеназин пациентов с клинически значимым ЭПС в анамнезе, то есть результаты исследования действия этого препарата действительны только для пациентов с низким риском развития ЭПС [21]. В выполненном в рамках Европейского эмпирического исследования первого эпизода шизофрении (EUFEST) проведено открытое сравнительное изучение эффективности гало-перидола, амисульприда, оланзапина, кветиа-пина и zipразидона у пациентов с первым эпизодом шизофрении, показавшее наличие значительных различий между двумя поколениями антипсихотических препаратов [17]. Сравнительные исследования эффективности применяемых в настоящее время антипсихотических препаратов в настоящее время продолжаются. В частности, в одной из публикаций кратко представлены актуальные данные об их сравнительной эффективности, описаны побочные эффекты и результаты лечения.

Вывод. Несмотря на наблюдаемые на протяжении последних двух десятилетий изменения, вызванные прогрессом фармакологических и психосоциальных методов лечения шизофрении, по-прежнему наблюдается лишь небольшое улучшение жизни пациентов.

Существующие методы лечения оказались эффективными лишь частично, что связано в том числе и с многочисленными побочными эффектами. Пока ограничения существующего терапевтического арсенала очевидны, понятно и то, что процедура лечения наиболее часто далека от достижения наилучших результатов.

Трудность трансформации имеющихся научно-обоснованных фармакологических и психосоциальных методов лечения в целях обеспечения лучшего исхода лечения объясняет значительное изменение медицинской практики и результатов в различных системах здравоохранения.

НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Ахматхунова М.К., Тургунов М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Не столь убедительны данные об эффективности антипсихотических препаратов в уменьшении негативных симптомов, что в значительной степени происходит из-за редукции позитивной симптоматики. Так, кроме собственно редукции симптоматики, нейролептики могут ухудшить негативные симптомы, особенно те, которые связаны с экстрапирамидными проявлениями, их чистый эффект в этом отношении является следствием соотношения двух противоположных действий.

Эффективность нейролептиков в отношении первичных стойких, и, в то же время, персистирующих негативных (прогредиентно усиливающихся в своей дефицитарности) симптомов, например, эмоционального притупления, социальной изоляции, снижения оперативной деятельности и многого другого является незначительной, неопределенной и часто недоказанной.

Цель исследования. изучить нежелательные эффекты нейролептических препаратов.

Результаты исследования. Депрессивные симптомы. В этой сфере также наблюдаются два противоположных эффекта: с одной стороны - антипсихотические препараты могут улучшить симптоматику депрессии, что часто наблюдается при редукции положительных симптомов; с другой стороны - делает возможной так называемую «нейролептическую дисфорию», связанную с ЭПС.

Когнитивные симптомы. Хотя антипсихотические препараты могут улучшить функцию внимания у некоторых пациентов с шизофренией, данные об их влиянии на другие когнитивные функции противоречивы и, по данным некоторых исследований, оказывают негативное влияние.

В такого рода исследованиях не установлено никаких существенных различий между антипсихотическими препаратами в оценке их влияния на нейро-когнитивное функционирование. Чистый эффект нейролептиков определяется положительным влиянием на процессы внимания, с одной стороны, и неблагоприятными воздействиями на экстрапирамидные симптомы вследствие антихолинергической активности используемых для лечения ЭПС нейролептиков и корректоров, с другой стороны.

Профилактика рецидивов. Все нейролептики, вне зависимости от различий между ними, существенно снижают вероятность рецидива у пациентов с шизофренией. Поскольку многие пациенты не обеспечивают достаточной приверженности лечению, пролонгированные формы нейролептиков (депо-нейролептики) с внутримышечным способом введения могут быть более эффективными, чем пероральные формы препаратов, обладающие относительно малым влиянием на частоту рецидивов.

Вывод. Антипсихотические препараты связаны с различными побочными эффектами, включая неврологические, метаболические, гематологические проявления и нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, мочеполовой, опорно-двигательной, эндокринной и других систем.

В отличие в целом от сходной, одинаковой эффективности нейролептиков, в отношении побочных эффектов имеются серьезные различия. По сравнению с обычными, конвенциональными антипсихотическими средствами, препараты второго поколения имеют, как правило, более низкий риск развития ЭПС, но, в отличие от этого, часто приводят к нарушению обмена веществ.

Однако представляется важным отметить, что фармакологические различия между препаратами в пределах одного и того же класса обуславливают значительные вариации влияния на риск развития ЭПС и на метаболические побочные эффекты нейролептиков своего класса (и, прежде всего, классических антипсихотических медикаментов), что не может позволить утверждать о наличии систематического различия между ними.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И ЭВОЛЮЦИЯ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Ахмедова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Эволюционное движение микобактерий туберкулеза к новой популяции бактерий, которые труднее поддаются лечению и имеют более широкие возможности, чтобы обойти вакцинацию, будет являться основным препятствием нашим усилиям по борьбе с туберкулезом.

Молекулярная эпидемиология в сочетании с традиционными методами исследования позволят выявить наиболее вирулентные и патогенные штаммы возбудителя туберкулеза. Результаты таких исследований могут иметь чрезвычайно важные последствия для лечения туберкулеза и привести к нашему тотальному перевооружению для борьбы с этим заболеванием.

Цель исследования. Изучить микро- и макроэволюционные изменения в геноме и разработать методологические подходы для мониторинга циркулирующих штаммов *M. tuberculosis*.

Методы исследования. Разработка методологии МАС-ПЦР для детекции мутаций устойчивости к основным противотуберкулезным препаратом и анализ распределения этих мутаций в основных филогенетических линиях *M. tuberculosis* стали еще одним из практических приложений этого исследования.

Результаты исследования. Разработанная минимальная схема VNTR-типирования на основе 7 локусов (QUB-11b, Mtub21, QUB-26, MIRU26, QUB-3232, VNTR-3820, VNTR-4120) эффективна для скринингового анализа штаммов *M. tuberculosis* Beijing. Сочетанное применение методов VNTR и ISd//6>-RFLP необходимо для высокоразрешающего типирования *M. tuberculosis*.

Разработанный метод мультиплексной аллель-специфической ПЦР для анализа основных мутаций резистентности в генах *groV* и *katG* эффективен для выявления большинства мультирезистентных штаммов *M. tuberculosis*, циркулирующих в России и других странах с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом.

Мутации резистентности в *katG315*, *etbV306*, и *groB531* наиболее часто встречаются у штаммов генотипа Beijing в сравнении со штаммами других генотипов.

Мутации в гене *etbV306*, выявленные у 30% штаммов *M. tuberculosis*, чувствительных к этамбутолу, не могут служить маркером устойчивости к этамбутолу.

Разработанные методологические подходы на основе применения комплекса информативных молекулярных маркеров могут быть использованы для проведения филогенетических и филогеографических исследований, эффективного мониторинга и диагностики лекарственной устойчивости циркулирующих штаммов *M. tuberculosis*.

Вывод. Показана высокая информативность сочетанного применения методов IS6770-RFLP и VNTR типирования для дифференциации штаммов *M. tuberculosis* при эпидемиологических исследованиях.

Предложен способ определения генетического расстояния между географическими популяциями клональных видов бактерий.

Разработан способ экспрессного определения основных мутаций, ассоциированных с устойчивостью к рифампицину и изониазиду, в генах *groV* (кодоны 516, 526, 531) и *katG315* на основе методологии мультиплексной аллель-специфической ПЦР.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЯ МЕТАБОЛИТОВ БАКТЕРИЙ РОДА PSEUDOMONAS

Ахмедова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из факторов, позволяющих воздействовать на фитопатогенные микроорганизмы, заселяющие ризосферу растений, является продукция бактериями различных низкомолекулярных веществ, таких как сидерофоры и антибиотики. Эти антигрибные метаболиты имеют различную химическую структуру и некоторые из них обладают способностью к комплексообразованию с экзометаболитами растений, образуя с ними стабильные комплексы, недоступные для использования фитопатогенами, что приводит к ограничению их роста при улучшении роста растений. Однако эта способность для метаболитов бактерий рода *Pseudomonas* практически не изучена. В тоже время, установление механизмов действия метаболитов бактерий рода *Pseudomonas* на фитопатогены необходимо для разработки эффективных способов защиты растений.

Цель исследования. Оценка комплексообразующей способности метаболитов, продуцируемых бактериями рода *Pseudomonas* и определение их биологической роли в проявлении фунгицидной активности по отношению к фитопатогенным грибам.

Материалы и методы исследования. Объектами изучения являлись штаммы бактерий *Pseudomonas chlororaphis*, P. и P. *pulida* коллекции микроорганизмов изучено кафедре микробиологии АГМИ, проявляющие антагонистические свойства в отношении ряда грибов возбудителей болезней растений.

Результаты исследования. Бактерии рода *Pseudomonas* (*Pseudomonas chlororaphis* ИБ 51, *Pseudomonas chlororaphis* ИБ 6 и *Pseudomonas putida* ИБ 17) способны к утилизации основных источников углерода (органических кислот, аминокислот и углеводов) в ризосфере и секретируют антигрибных метаболитов, что позволяет им интегрироваться с растением в совместном функционировании в системе бактерии - растения - фитопатогены.

Метаболиты бактерий рода *Pseudomonas* способны к образованию межмолекулярных комплексов с компонентами экзометаболитов растений - органическими кислотами, аминокислотами и углеводами, лимитируя по субстрату фитопатогены.

Метаболиты бактерий рода *Pseudomonas* способны образовывать ассоциаты с ионами меди, цинка, кадмия и свинца, что снижает содержание солей металлов в ризосфере растений.

Оптимальные стехиометрические составы комплекса метаболит : экссудат для проявления антигрибной активности триглицеридпептидов штаммов бактерий *P. chlorographis* ИБ 51, *P. chlorographis* ИБ 6, *P. putida* ИБ 17 с компонентами различных фракций корневых экссудатных экзометаболитов растений находятся в интервале 1:1 - 1:20. Оптимальные для снижения содержания солей металлов стехиометрические составы комплексов метаболит : катион находятся в интервале 1:1 - 1:9.

Образование межмолекулярных комплексов триглицеридпептидами изученных штаммов бактерий рода *Pseudomonas* ограничивает доступность источников углерода для фитопатогенных грибов и является одним из механизмов проявления антигрибной активности метаболитов, что является основой для разработки эффективных средств защиты растений.

Вывод. Установленная способность триглицеридпептидов псевдомонад образовывать комплекс с экссудатами растений позволяет рекомендовать их применение в качестве средств защиты растений.

Установленная способность исследованных штаммов бактерий *Pseudomonas* к секреции антигрибных метаболитов в средах с различными субстратами является основой для использования их в производстве биопрепаратов, предназначенных для защиты сельскохозяйственных растений от грибных фитопатогенов.

Установленная комплексообразующая способность метаболитов бактерий *Pseudomonas* с ионами металлов позволяет рекомендовать применение препаратов на их основе для снижения загрязнения почв.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Ахмедова Х.Ю., Якубекова М.К., Юлдашева Н.Э., Делкашева Ш.Д., Абдувахонова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Дальнейшее совершенствование методов диагностики возможно при использовании нанотехнологических методов, в частности биочипов. Анализ с использованием биологических биочипов - один из новейших и наиболее быстро развивающихся методов современной биологии и медицины. Эффективность применения биочипов обусловлена возможностью параллельного проведения большого числа специфических взаимодействий молекул биополимеров. При этом удается в достаточно простых экспериментах собрать и обработать на отдельных элементах биочипа огромное количество биологической информации, что особенно важно при необходимости проведения массовых исследований, в частности, при скрининге донорской крови и необходимости индикации большого количества инфекционных агентов в биоматериалах.

Таким образом, разработка новых методов диагностики инфекционных осложнений у онкогематологических больных с использованием биологических биочипов является актуальной проблемой в современной гематологии и вирусологии. Аналогичная работа до настоящего времени не проводилась, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования. Цель исследования.

Цель исследования. Определение частоты и значимости вирусных инфекций у онкогематологических больных и маркеров герпесвирусов у доноров крови и совершенствование диагностики герпесвирусных инфекций путем использования олигонуклеотидных биочипов.

Материалы и методы исследования. Обследовали 487 больных в возрасте от 18 лет до 81 года (женщин - 235, мужчин - 252) с различными формами гемобластозов и депрессий кроветворения, находившихся на лечении в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Определена частота и значимость вирусных инфекций у онкогематологических больных. Геном ВЭБ определяется в крови у 24,9% больных, причем чаще при хронических лейкозах и множественной миеломе, реже обнаруживается ВГЧ-6 (11,0%). Геномы ЦМВ и ВПГ 1/2 выявлены в 4,8% и 3,0%, соответственно.

В развитии инфекционных осложнений у онкогематологических больных значительную роль играют респираторные вирусы. В целом, возбудители респираторных инфекций обнаруживаются у 62% больных с различными инфекционными осложнениями и только в 22,8% — без них.

Респираторные инфекции в 42% случаев протекают на фоне выявления геномов герпесвирусов в крови. Эти данные дают основание утверждать, что герпесвирусные инфекции значительно повышают риск развития инфекционных осложнений и указывают на необходимость тщательного мониторинга респираторных и герпесвирусных инфекций у онкогематологических больных.

Разработан олигонуклеотидный биочип, специфически выявляющий 8 известных герпесвирусов человека, который может быть успешно использован для индикации вирусов в биологическом материале.

На основании изучения серологических и молекулярно-биологических маркеров герпесвирусов показана необходимость и возможность выделения группы серонегативных по ЦМВ доноров для обеспечения инфекционной безопасности гемотрансфузий у иммуносупрессивных больных.

Вывод. Резюмируя результаты наших исследований по методам диагностики инфекционных осложнений у онкогематологических больных следует признать, что на данный момент методом выбора является мультиплексная ПЦР в реальном времени. Методы на основе ПЦР, в частности с использованием биочипов, остаются единственным прямым методом индикации инфекционных агентов, как в кровяном русле, так и в очаге поражения. В то же время серологические исследования с помощью ИФА играют ключевую роль в обследовании доноров для обеспечения «герпесбезопасности» гемокомпонентной терапии.

ТРОМБОЦИТЫ И ЯДРОСОДЕРЖАЩИЕ КЛЕТКИ КРОВИ В РАЗВИТИИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ

*Ахмедова Х.Ю., Якубекова М.К., Юлдашева Н.Э., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Стенозирующие поражения сосудов тесно связаны с защитной реакцией организма на воспаление, когда чрезмерный фибропролиферативный клеточный ответ приводит к сужению просвета сосуда. Последовательность биологических событий внутри стенки сосуда, которые происходят в процессе избыточного клеточного ответа, во всех случаях включает проникновение в субэндотелиальное пространство клеток гематогенного происхождения. Профиль инфильтрации зон повреждения клетками воспаления (лимфоциты, моноциты, макрофаги, нейтрофилы и т.д.) определяет характер и динамику локального воспалительного процесса. Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что в развитие стенозирующих процессов в стенках сосудов вовлекаются различные клеточные популяции (стромальные и гемопозитические клетки-предшественники, тромбоциты, клетки воспаления). При разных способах реваскуляризации возможны существенные различия в механизмах развития стенозов, которые необходимо учитывать при поиске эффективных путей по предотвращению повторного сужения просвета сосуда. Пока не выявлены эти механизмы, невозможно делать какие-либо специфические рекомендации по предупреждению рестенозов. Специфическое воздействие на какие-либо клеточные пулы без учета их действительной роли в развитии приводящего к стенозированию сосуда воспалительного процесса может приводить в лучшем случае к неэффективной, а иногда даже и к вредной реакции.

Цель исследования. Изучение роли клеток крови (циркулирующих клеток-предшественников, тромбоцитов и эффекторных клеток воспаления) в патогенезе стенозирующих поражений сосудов.

Материалы и методы исследования. В общей сложности обследовано 332 пациента, включая контрольную группу из 54 здоровых добровольцев.

Клиническое обследование пациентов включало регистрацию ЭКГ покоя, суточное мониторирование ЭКГ и в отдельных случаях АД, ультразвуковое исследование сердца и периферических артерий, радиоизотопные исследования, проведение пробы с физической нагрузкой на тредмиле или велоэргометре. При наличии показаний проводили ангиографическое исследование.

Результаты исследования. Агрегация тромбоцитов при ИБС. У больных с артериальной гипертензией при ИБС агрегационная активность тромбоцитов оказывается генерализованно повышенной. Это выражалось в усилении у пациентов с ИБС и гипертонической болезнью (ГБ) спонтанной агрегации и агрегации тромбоцитов в ответ на малые дозы нескольких (АДФ, и46619, ФАТ, серотонин) индукторов агрегации в сравнении с группой пациентов с гипертонической болезнью без ИБС. У пациентов с ГБ без признаков ишемии миокарда в сравнении со здоровыми добровольцами была слегка, но достоверно повышена только спонтанная агрегация и агрегация в ответ на низкие дозы АДФ.

Достоверные различия в активности тромбоцитов наблюдались только при спонтанной агрегации и при активации тромбоцитов низкими дозами индукторов. При воздействии на тромбоциты высоких дозах индукторов агрегации аналогичных различий между группами пациентов мы не обнаружили. Например, при воздействии на тромбоциты 5 мкМ АДФ или 0.5 мкМ 1146619 размер агрегатов составлял 12.1 ± 1.9 против 11.3 ± 1.1 отн.ед. ($p > 0.1$) и 12.5 ± 1.7 против 11.4 ± 0.8 отн.ед. ($p > 0.1$) в группе пациентов с ГБ и ИБС против группы пациентов только с ГБ. При этом, обе группы пациентов не различались по возрасту, длительности заболевания гипертензией, уровнями диастолического и систолического артериального давления, массе миокарда левого желудочка и обследованным биохимическим показателям крови, включая уровни холестерина и триглицеридов крови.

Спонтанная агрегация тромбоцитов и агрегация в ответ на воздействие малых доз индукторов в контрольной группе здоровых добровольцев ($n=18$), пациентов с гипертонической болезнью при отсутствии ($n=23$) и наличии ($n=43$) у них ишемической болезни сердца. 1 - спонтанная агрегация, 2 - 0.5 мкМ АДФ, 3-0.1 мкМ Ш6619, 4-10 нМ ФАТ, 5 мкМ серотонина. * - $p < 0.05$ в сравнении с контрольной группой. # - $p < 0.05$ в сравнении с группой пациентов с ГБ без ИБС.

Линейный регрессионный анализ не выявил достоверных корреляционных взаимосвязей между параметрами агрегации и уровнем систолического давления, длительностью заболевания, уровнем холестерина крови. Была обнаружена слабая корреляционная связь между уровнем диастолического давления, возрастом пациентов и агрегацией тромбоцитов. Кроме того, была выявлена слабая, но достоверная положительная корреляционная связь уровня спонтанной агрегации и агрегации тромбоцитов в ответ на воздействие малых доз АДФ, ФАТ и серотонина с массой миокарда левого желудочка. Наиболее сильная связь ММЛЖ обнаруживается с агрегацией тромбоцитов в ответ на 0.1 мкМ Ш6619

Степень агрегации тромбоцитов в ответ на 0.1 мкМ Ш6619 различалась двух группах пациентов, которые различались массой миокарда ЛЖ. Агрегация тромбоцитов в ответ на Ш6619 у пациентов с выраженной гипертрофией миокарда ЛЖ (ММЛЖ > 200 г) была значительно повышена в сравнении агрегацией у пациентов без выраженной гипертрофии МЛЖ (ММЛЖ < 200 г) и здоровых добровольцев (5.6 ± 0.6 отн.ед., 3.1 ± 0.4 отн.ед. и 2.2 ± 0.2 отн.ед. соответственно, $p < 0.05$). Многофакторный анализ, в который были включены уровни артериального давления, возраст, уровни холестерина крови, индекс массы тела, масса миокарда левого желудочка показал, что степень агрегации тромбоцитов в ответ 0.1 мкМ 1146619 независимо и достоверно коррелирует с массой миокарда левого желудочка у пациентов с ГБ.

ИБС и циркулирующие клетки-предшественники. Были обследованы 99 пациентов с ишемической болезнью сердца и 28 пациентов со стенозирующими поражениями периферических артерий. Контрольная группа состояла из 8 пациентов с непораженными сосудами артериального русла.

Коронарная ангиография выявила у всех 99 пациентов с ИБС критическое поражение как минимум двух коронарных артерий. Методом ультразвукового дуплексного сканирования гемодинамически значимый (более 50%) стеноз

брахиоцефальных артерий и/или артерий нижних конечностей был выявлен у 28 пациентов. В контрольной группе из 8 пациентов клиническое обследование не выявило стенозирующих поражений коронарных или периферических артерий.

Количество стволовых гемопоэтических клеток-предшественников в периферической крови относительно невелико и обычно составляет 0.01-0.1% от общего числа ядерных клеток. В нашем исследовании количество СБ34+ гемопоэтических клеток-предшественников у пациентов с ИБС составляло $0.040 \pm 0.006\%$ и достоверно не отличалось от их количества у здоровых добровольцев ($0.031 \pm 0.004\%$, $p > 0.1$).

Мы исследовали различия в уровне ОИ-положительных клеток в крови пациентов и здоровых добровольцев среди различных субпопуляций С045-положительных клеток (лимфоциты, моноциты, гранулоциты). Обнаружено, что в сравнении с контрольной группой у больных ИБС содержание ОИ-клеток достоверно повышено в популяции лимфоцитоподобных клеток. Наиболее значимые различия между группами пациентов со стенозирующими поражениями артерий и с нестенозированными артериями были обнаружены в пуле СВ41+/СВ45+ клеток. У больных ИБС процент таких ОИ+/СВ41+ клеток составлял 0.86%, (0.62, 1.26) и был значительно выше, чем у здоровых добровольцев (0.26% (0.36, 0.17), $p < 0.0001$) и пациентов с нестенозированными артериями (0.23% (0.29, 0.21), $p < 0.0001$).

Вывод. Исследования заключается в том, что ранняя диагностика наличия у пациентов стенозирующих поражений сосудов артериального русла может позволить предупредить или предотвратить развитие многих инвалидизирующих болезней и болезней со смертельным исходом: ИБС, атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга, почечных артерий и других. Правильная и своевременная диагностика развития рестенозов позволит найти новые варианты предупреждения и лечения осложнений после реваскуляризации тканей.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ

*Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Как по литературным данным, так и по собственным результатам создается достаточно аргументированное научное заключение, что артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям для сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярного континуума может быть в полной мере отнесена к числу социально-значимых заболеваний.

Цель. Изучение распространенности избыточной массы тела, как фактора риска предгипертензии.

Материалы исследования. Неорганизованное население города Андижан. Применяли метод одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок.

Результаты. В общей популяции распространенность избыточной массы тела с высокой частотой выявлена – в возрастных группах 80 лет и старше (50,0%, $P < 0,01$), 60-69 лет (68,7%, $P < 0,001$), 50-59 лет (61,4%, $P < 0,001$), 40-49 лет (54,2%, $P < 0,001$) и 30-39 лет (46,5%, $P < 0,001$). Значительно реже данный фактор отмечался в группе лиц 15-19 лет (9,5%) и 20-29 лет (20,3%, $P < 0,01$). На уровне популяции в возрасте от 15 до 70 лет и старше избыточная масса тела выявлялась с частотой 42,7%.

Таким образом, мы убедились, что избыточная масса тела достаточно распространенный фактор развития предгипертензии, и коррекция этого фактора может повлиять на уменьшение встречаемости предгипертензии, ведь доказано, что простые изменения в поведении и образе жизни могут в значительной мере способствовать предотвращению опасных сердечно-сосудистых осложнений и укрепить здоровье населения.

В такой эпидемиологической ситуации единственным экономически эффективным и устойчивым подходом к осуществлению контроля за хроническими заболеваниями, в том числе артериальной гипертензии и другими факторами риска в системе общественного здравоохранения является осуществление эпидемиологического мониторинга за факторами риска и участие населения в профилактических мероприятиях.

РОЛЬ АНАПРИЛИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю. Максумова Д.К., Кадилов Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Циррозы печени различной этиологии являются довольно распространенными заболеваниями, которые приводят к инвалидизации трудоспособного слоя населения. Также смертность от этого заболевания остается высокой среди популяции.

Самым опасным осложнением цирроза печени является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. 30-45% больных умирают от этого осложнения и риск летального исхода тем выше, чем хуже функциональное состояние печени (класс цирроза печени по Чайлд-Пью, уровень билирубина, наличие тромбоцитопении, уровень ПТИ и др.) к моменту возникновения кровотечения. Многие годы предпринимаются попытки профилактики кровотечений с помощью снижения давления в воротной вене бета-блокаторами. В большинстве случаев используется пропранолол. Его эффект основан на уменьшении кровотока в сосудах органов брюшной полости.

Нами были обследованы 34 больных (основная группа) циррозом печени в возрасте старше 17 лет, у которых ранее было кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (15 из них с циррозом класса С по Чайлд-Пью, остальные 19 с циррозом печени класса В по Чайлд-Пью). Контрольную группу составили 20 больных с аналогичным диагнозом. Все больные основной группы принимали анаприлин по 40 мг/сут наряду с традиционным методом лечения в течение 3 месяца, соблюдали определенный режим и диету. Больные контрольной группы не принимали анаприлин.

В период проведения исследования в контрольной группе отмечалось кровотечение у 6 больных в основной группе, где принимали анаприлин кровотечение наблюдалось у 2 больных с циррозом печени класса С по Чайлд-Пью, у больных с циррозом класса В по Чайлд-Пью кровотечение не наблюдалось. Результаты исследования показывают, что

длительный регулярный приём анаприлина у больных циррозом печени может способствовать уменьшению риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и положительно влиять на качество жизни больных при соблюдении больными рекомендаций.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ТЕХНОЛОГИИ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ И ПУТИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ

*Бабаджанов А.С., Валиева Т.А., Муратова Н.Д.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Актуальность. Новые перинатальные технологии в Узбекистане внедряются с начала 2000-х годов. Речь идет о довольно серьезном изменении целого ряда структурных компонентов процесса родоразрешения. Это, в частности, присутствие во время родов одного из близких людей роженицы, чаще всего – супруга (партнерские роды); протекание процесса родоразрешения по ее выбору; демедицинализация родов, то есть минимизация применения медикаментов в процессе родоразрешения; нахождение новорожденного в плотном контакте с матерью в течение первых часов после родов, и в одной палате до самой выписки; грудное вскармливание новорожденного с момента рождения; свободное посещение родильницы близкими в послеродовом периоде; конфиденциальное расследование критических ситуаций (КРКС) и др. В настоящее время является актуальным объективный анализ результатов внедрения этих технологий в практику родовспоможения.

Цель исследования – изучить степень внедрения технологии партнерских родов в деятельность акушерских комплексов (АК) города Ташкента и выявить факторы, сдерживающие ее распространение.

Материалы и методы: ретроспективным методом изучена частота партнерских родов в двух городских акушерских комплексах (ГАК), расположенных в двух районах Ташкента, проанализирован уровень соблюдения технологии, методом опроса изучено отношение населения и медработников к партнерским родам.

Для изучения отношения населения и медицинского персонала к технологии партнерских родов были отобраны два родовспомогательных учреждения – ГАК №9 Учтепинского района, исторически относимом к «старогородской» части Ташкента, где население более привержено к традиционным национальным и религиозным ценностям и, соответственно, более консервативно, а также акушерско-гинекологическое отделение Городской клинической больницы №5 Мирзо-Улугбекского района, в котором среди населения преобладает современный менталитет, и выше открытость к инновациям.

Методом опроса-анкетирования изучено мнение беременных, их супругов, родителей обоих супругов, а также медицинских работников об их информированности о технологии, отношении к ней, в частности у супругов беременных женщин, у медперсонала - по опыту проведенных партнерских родов. Опрос проводился в первые дни послеродового периода у родильниц и их родных, а также у медперсонала.

Результаты: Установлено, что не имевшие представления о партнерских родах составляли незначительное меньшинство (4,4% в Мирзо-Улугбекском и 7,3% - в Учтепинском) и практически все они были близкими людьми (супруги или матери). Среди них же часть опрошенных выразила отрицательное отношение к этой технологии.

В качестве источника информации о партнерских родах 69% опрошенных в ГАК №9 и 67,4% в родильном отделении ГКБ №5 назвали родственников, знакомых, опыт предыдущих родов в семье и т.п. Остальные узнали от сотрудников учреждений родовспоможения при госпитализации. На вопрос о роли и задачах партнера в родах 24,2% ответили: «контроль за действиями медперсонала», 53,5% - «уход за роженицей», 19,3% не ответили. В то же время в вопросе о том, нужна ли партнеру подготовка, обучение участию в процессе родоразрешения 43,6% респондентов ответили: «имею опыт, знаю», 55,1% ответили, что необходимы. Следовательно, в учреждениях родовспоможения не налажена работа по предварительному информированию ближайших родных беременной женщины о данной технологии, ее сути, роли и задачах партнера.

Отношение медработников к партнерским родам по данным опроса оказалось неоднозначным: 63,4% - одобрительное, 27,5% - индифферентное, 9% высказались против, так как не видели положительного эффекта.

Частота партнерских родов является интегральным показателем, величина которого зависит от того, насколько активно и правильно эту технологию продвигают среди населения медицинские работники, а также отношения к ней среди населения и среди медицинских работников. При этом отношение населения к партнерским родам во многом определяется менталитетом общества, а эффективность усилий технологии – уровнем владения медицинских работников этой технологией.

Исследование показало, что медработники и население положительно восприняли данную технологию. При этом видно, что определенный сдерживающий эффект национального менталитета имеет место в обоих районах, но преимущественно – в ГРК №9. Такая же зависимость и по той же причине наблюдается и в отношении участия в родах в супругов рожениц. Для более широкого внедрения технологии потребуется системная длительная работа медработников при поддержке семьи.

Выводы: 1.Эффективность применения технологии партнерских родов в Узбекистане за время, прошедшее с начала ее внедрения, остается недостаточно высокой. Основные причины – сдержанное отношение населения к этой технологии, недостаточная деятельность медицинских работников по ее продвижению.

2.Основные пути повышения эффективности технологии: обучение медицинских работников семейных поликлиник технологии, с разъяснением ее преимуществ и эффективности, внедрение краткосрочной подготовки партнеров к участию в родах.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

*Бадалбаева Н.М., Китьян С.А., Юсупова М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Аннотация. Пациенты с фибрилляцией предсердий имеют повышенный риск развития тромбоэмболических осложнений и поэтому должны получать пожизненную антикоагулянтную терапию с учетом риска развития острого нарушения мозгового кровообращения и системной эмболией.

Цель исследования. Оценить распространенность фибрилляции предсердий (ФП) при остром коронарном синдроме (ОКС) и изучить особенности назначения антитромботической терапии у этой группы больных.

Материалы и методы. Мы последовательно включили всех ($n=350$) пациентов с ОКС, поступивших в период с октября 2017 г. по февраль 2019 г. в больницы Андижанской области. ФП была диагностирована у 45 пациентов (17,7 %). Оценка риска развития тромбоэмболических осложнений проводилась по шкале CHA₂DS₂ - VASc. Риск геморрагических осложнений рассчитывался по шкале HAS-BLED.

Результаты. Распространенность известной ФП составила 13,6 %, у 4,1 % пациентов аритмия была выявлена впервые. Среди выписанных 396 больных с ФП низкий риск острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) отмечен только в 2 случаях. 83,8 % пациентов с показаниями к приему пероральных антикоагулянтов (ПОАК) была назначена антикоагулянтная терапия, при этом в группе известной ФП антикоагулянты назначались значительно чаще, чем в группе с впервые зарегистрированной ФП (125 (91,9 %) против 25 (58,1 %); $p<0,001$). Прямые пероральные антикоагулянты (ППОАК) назначали в 4 раза чаще, чем антагонисты витамина К (120 (80,0 %) против 29 (19,3 %); $p<0,001$). Чаще всего использовали ривароксабан (51,3 %). Целевое международное нормализованное отношение при приеме варфарина на момент выписки было достигнуто только в 10,3 % случаев (3 пациента из 29). При комбинировании антиагреганта с ПОАК в рамках трехкомпонентной терапии был использован только клопидогрел.

Заключение. Отмечена высокая распространенность ФП при ОКС. Назначение ПОАК в целом отражает достаточную осведомленность врачей о необходимости профилактики тромбоэмболических осложнений у больных данной категории. Таким образом, в проведенном исследовании показана высокая распространенность фибрилляции предсердий при остром коронарном синдроме, достигающая 17,7 %. У 98,9 % таких больных имеются показания к назначению пероральных антикоагулянтов, которые были рекомендованы в 83,8 % случаев. Из комбинированной терапии предпочтение отдается трехкомпонентной схеме, длительность которой у 74 % пациентов составляет 1 мес.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ В ПЕРИМENOПАЗЕ

*Байматова Г.Н.
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии*

Наиболее активный и максимально продуктивный возраст женщины приходится на перименопаузальный период [4, 8, 9]. Индекс здоровья в это время продолжает снижаться, опухолевые процессы сопровождаются онкологическим риском, стремительно уменьшается трудоспособность [2, 3, 7]. Поэтому современной женщине для сохранения качества жизни необходимо назначение соответствующей поддержки – применение менопаузальной гормональной терапии [1, 5, 6, 8, 9].

Цель исследования. Оценка эффективности коррекции менопаузальных расстройств эстрогенами у пациенток в перименопаузе после пангистерэктомии.

Материалы и методы. Проведено обследование 66 женщин в возрасте от 40 до 55 лет, которым была произведена пангистерэктомия. Средний возраст больных составил $49,3 \pm 1,2$ года. 1 группу составили 18 пациенток (27,3%) с хирургической менопаузой в возрасте от 40 до 47 лет. Первые менопаузальные симптомы возникли у них в течение 6-8 месяцев после пангистерэктомии. 2 группу составили 48 больных (72,7%) в возрасте от 48 до 55 лет, у которых отмечались менопаузальные расстройства еще до операции и продолжались после пангистерэктомии. Критериями включения в 1 группу явились возраст, соответствующий пременопаузе без менопаузальных расстройств, согласие на проведение пангистерэктомии. Критериями включения во 2 группу явились возраст, соответствующий перименопаузе с наличием менопаузальных расстройств, согласие на проведение пангистерэктомии. Критериями исключения явились наличие в анамнезе оперативных вмешательств на половых органах, наличие в анамнезе гормонотерапии, в том числе КОК, в течение последних 3-х лет, опухолевые заболевания молочных желез.

Анамнестически оценивали наличие риска тромбофилии по показаниям – Д-димер и гомоцистеин в сыворотке крови. Клинические проявления гипогонадизма подсчитывали по модифицированному менопаузальному индексу (ММИ) в баллах [1, 5, 6, 9]. В сыворотке крови определяли содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Состояние молочных желез оценивали с помощью УЗИ, маммографии, по показаниям – BRCA1 и BRCA2 в сыворотке крови. Наличие критериев метаболического синдрома – по индексу массы тела (ИМТ), уровню артериального давления (АД), глюкозотолерантному тесту (ТТГ), окружности талии (ОТ). По показаниям определяли уровень иммунореактивного инсулина в сыворотке крови (ИРИ) [5, 6, 9].

Показаниями к операции в 1 группе являлись: миома матки, внутренний эндометриоз и рецидивирующие эндометриозные кисты – 11; быстрый рост миомы и двусторонние серозные цистаденомы яичников (высокий семейный риск) – 4; гнойные tuboовариальные опухоли и панметрит на фоне длительного использования ВМК – 2; миома матки больших размеров и фиброма единственного яичника 1.

Во 2 группе больных оперативное вмешательство выполнено в случаях: миома матки симптомное течение – 17; миома и рецидивирующая 7 гиперплазия эндометрия 15; миома матки быстрый рост узла – 11; нарушение питания миоматозного узла – 5.

Результаты исследования и их обсуждение. После операции у каждой второй женщины обеих групп (57,5% и 61% соответственно) колебания цифр систолического давления составили в среднем 15 мм рт.ст. Пациентки, страдавшие артериальной гипертензией до операции (в 1 группе – 41% и во 2 группе – 39%), отметили учащение эпизодов повышения АД до 3-4 раз в сутки. Явления умеренной немотивированной тахикардии зафиксировали более 2/3 больных обеих групп в течение первых 3-х месяцев после операции.

Психоэмоциональные нарушения, нейровегетативные расстройства и их сочетание были представлены раздражительностью, плаксивостью, угнетенным состоянием и нарушением сна у каждой второй больной 1 группы (8-44,5%), во 2 группе у каждой третьей (18-37,5%). Приливы, потливость, сердцебиение, головные боли чаще отмечали пациентки 2 группы (30-62,5%), нежели 1 группы (7-38,8%). В целом, психоэмоциональные и нейровегетативные изменения отмечали все пациентки в большей или меньшей степени.

Показатель повышенного модифицированного менопаузального индекса (ММИ), который в 1 группе составил 23, был обусловлен увеличением балльности нейровегетативных и психоэмоциональных критериев, во 2 группе ММИ составил 39 за счет преобладания нейровегетативных и метаболических симптомов. Об эстроген-дефицитном состоянии свидетельствовали ФСГ от 29 до 48 МЕ/л у 14 (21,2%) больных 1 группы и $76 \pm 0,8$ МЕ/л во 2 группе соответственно. Скрининг мутантных генов позволил исключить риск развития рака молочной железы у 96,9% всех обследуемых.

В результате проведенного обследования противопоказания для проведения менопаузальной гормональной терапии (МГТ) были у 3 женщин в связи с высоким риском тромбофилии, рака молочной железы и выраженным метаболическим синдромом. Остальным пациенткам была назначена трансдермальная терапевтическая система (ТТС) с высвобождением эстрадиола гемигидрата 50 мкг/сутки каждые 7 дней в течение 3 и 6 месяцев с дальнейшей оценкой ММИ, ИМТ, показателей АД, ТТГ.

Через 3 месяца лечения ММИ составил 12 и 36 баллов, а через 6 месяцев лечения – 7 и 21 балл соответственно в 1 и 2 группах.

Наиболее эффективной была коррекция психоэмоциональных и нейровегетативных расстройств. Через 3 месяца лечения у 14-72,2% пациенток 1 группы и у 25-52,1% были купированы приливы и потливость; через 6 месяцев эти симптомы уже не отмечали 17-94,4% и 42-87,5% больных в соответствующих группах. К 6-8-му месяцу наметилась четкая тенденция к снижению клинических проявлений эмоциональных расстройств и стабилизации цифр АД в обеих группах женщин. 8 ИМТ через 6 месяцев практически не изменился ни в одной из групп. Из побочных явлений при применении ТТС пациентки отметили мастодинию, которая через 3 недели самостоятельно купировалась. Тем не менее, через 16-18 месяцев после операции увеличение массы тела на 10-13% (от 8 до 15 кг) было отмечено у 14 (2-16,6% в 1 группе и 11-22,9% во 2 группе) из всех наблюдаемых пациенток, что свидетельствовало о необходимости пересмотра тактики МГТ в связи с риском прогрессирования метаболических нарушений.

Таким образом, менопаузальные расстройства возникают и активно прогрессируют в ближайшие месяцы после пангистерэктомии и требуют своевременной коррекции. Целесообразно назначение МГТ с появлением первых симптомов гипогонадизма [5, 6, 8, 9]. Применение ТТС в течение первых 12 месяцев позволяет купировать психоэмоциональные и нейровегетативные расстройства у 89,4% пациенток, значительно повышая качество жизни женщин. В остальных случаях назначение эстрогенов требует более тщательной оценки состояния нейроэндокринной системы и других параметров соматического статуса.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАЧЕСТВА ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время, когда организационно-методические и научно-исследовательские мероприятия направлены на снижение заболеваемости туберкулезом, роль лабораторных исследований значительно возросла. Перед работниками лабораторий поставлены задачи расширять возможности диагностики и определить для клиницистов значение различных исследований в современных условиях полихимиотерапии.

Одним из основных направлений в лабораторной диагностике туберкулеза является установление факта бактериовыделения, либо подтверждение его прекращения (абациллирования). Поэтому, методике выявления возбудителя в различном патологическом материале должно уделяться большое внимание.

Правильное суждение о динамике бактериовыделения, стойкости достигнутого в процессе лечения абациллирования важно для правильного планирования организации противотуберкулезной службы и осуществления противотуберкулезных мероприятий, как на стационарном, так и на амбулаторном этапе.

Цель исследования. Разработать критерии оценки качества препаратов мокроты для бактериоскопической диагностики туберкулеза.

Методы исследования. Микроскопический метод исследования препаратов мокроты. Объект исследования: мазки мокроты, приготовленные и окрашенные по методу Циля-Нильсена.

Результаты исследования. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по бактериоскопической диагностике туберкулеза; методологическая разработка критериев оценки качества приготовления и окраски мазков мокроты для микроскопии; анализ качества приготовленных и окрашенных мазков мокроты.

Способность микобактерий к кислотоустойчивому окрашиванию позволяет обнаруживать их в мазках из диагностического материала с высокой специфичностью.

Наиболее распространенным методом для выявления кислотоустойчивых микобактерий является метод окраски мазков по Цилю-Нильсену. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые микобактерии выглядят ярко-красными на синем фоне препарата. Результаты регистрируют с указанием количества обнаруженных кислотоустойчивых микобактерий (КУМ).

Преимущества диагностики туберкулеза легких бактериоскопическим методом: простота, достаточная эффективность, экономическая выгода, быстрота получения результата.

Данный метод позволяет в короткие сроки выявить наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом.

Вывод. Залог эффективности программы по борьбе с туберкулезом – обеспечение высокого качества лабораторных исследований, в частности, качества микроскопических исследований мокроты с целью выявления кислотоустойчивых микроорганизмов.

НАШ ОПЫТ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Бахрамов С.Т., Назарова Г.У., Хикматов А.А.,
Андижанский государственный медицинский институт,
Наманганский областной кардиологический центр*

Идиопатическая (первичная) легочная гипертензия (ИЛГ) - редкое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся выраженным повышением общего легочного сосудистого сопротивления (ОЛСС) и давления в легочной артерии, часто прогрессирующим течением с быстрым развитием декомпенсации правого желудочка, фатальным прогнозом.

Цель работы: анализ результатов обследования больных с подозрением на первичную легочную гипертензию.

Материалы и методы исследования: Всего было обследовано 226 пациентов. Для обследования были взяты результаты пациентов Наманганского областного кардиологического центра по 2006-2018 гг. Подтверждение первичной легочной гипертензии определялось с помощью трансторакальной эхокардиографии. При отборе пациентов особое внимание уделялось на исключение заболеваний, которые могли вызвать вторичную легочную гипертензию. Возраст больных варировал от 0 до 87 лет. Средний возраст больных составил 37 лет.

Полученные результаты: При обследовании больных с подозрением на первичную легочную гипертензию было проведена трансторакальная эхокардиография у 226 больных. По классификации ЛГ по степени принятой в 2008 г. (Дана-Пойнт) были получены следующие результаты: умеренная легочная гипертензия - у 26,47 % пациентов, значительная легочная гипертензия - у 50,8 % и высокая легочная гипертензия - у 22,73 %. Если взять результаты в половом соотношении наиболее высокая встречаемость у женского пола - 59% и у мужского пола 41 % соответственно. Из всех больных первичную легочную гипертензию удалось верифицировать лишь у 10%.

Заключение: анализ результатов показал, что первичная легочная гипертензия до сих пор остаётся трудно диагностируемым и редко встречаемым заболеванием.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТГВ ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

*Безлепкин Ю.А., Сонькин И.Н., Гусинский А.В., Фионик О.В., Мельник В.Ю., Рахматиллаев Т.Б., Крылов Д.В.,
Атабеков А.И., Уртеев О.В.
Санкт-Петербург, Россия*

Цель: Оптимизировать результаты лечения илеофemorального тромбоза.

Материалы и методы: Проанализированы 52 случая проксимального ТГВ, распространяющиеся выше паховой складки. Больные разделены на 2 группы 1 группа с проведенным тромблизисом 2 группа консервативного лечения. Тромблизис проводился транскатетерным способом урокиназой. Оценка эффективности тромболитической терапии проводилась в раннем периоде на основании ангиографической картины, в позднем на основании УЗДГ. Эффективность тромблизиса оценивалась по степени лизиса сгустка. Предложено деление на 3 степени: 1 степень – полный лизис сгустка, 2 степень – лизис сгустка от 50% до 99%, 3 степень - лизис сгустка менее 50%. Отдаленные результаты оценивались через 1 год после проведенного лечения по наличию признаков ПТБ. Наличие ПТБ оценивалась по шкале Vilalta.

Результаты: Установлено, что группе катетерного тромблизиса ПТБ развилась в 5 случаях, 17,9%; (6,1; 36,9), тогда как в группе консервативного лечения в 18; 58,1%; (39,1; 75,5), ($p=0.003$), различие статистически значимо ($p=0.003$). Также при оценке медианы баллов шкалы Vilalta в 1 и 2 группе через год после лечения составило 2 (1; 3) и 5 (3; 6) баллов соответственно. Различие медиан значимо, и составило 3 балла ($p=0.0006$). Установлено, что в группе тромблизиса 3 степень лизиса отмечена в 14% случаев, лизис 2 степени достигнут в 80%, лизис 3 степени в 6% случаев.

Выводы: Таким образом, тромболитическая терапия подвздошного сегмента приводила к статистически значимому снижению риска развития ПТБ через 1 год после лечения. Также не было отмечено ни одного случая ПТБ тяжелой степени в группе тромболитической терапии. Тромболитическая терапия приводит к эффективному лизису тромба в раннем периоде. Необходимо дальнейшее сравнение эффективности тромболитической терапии ввиду малой выборки пациентов.

ТАЙМЕРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРОБКА – В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ

*Бекташев И.Б., Эшонхиржаев О.О., Дилишодов А.Д., Абдуназаров Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эффективность фармакотерапии и ее безопасность на основе научных данных, рекомендуемые наркотике зависимости – уже доказана наукой. Но вторая сторона этого вопроса, так как врачи рекомендуют препараты как

принимают больные не меньше важно, чем выше. Не регулярно принимать препаратов – позволяет внезапные изменения фармакокинетических параметров лекарственных средств и это случай фармакодинамику препаратов, тоист изменение на силу и приводит непосредственно влияющим основным фактором на качеству фармакотерапию. В результате, фармакотерапии является не только неэффективной и даже в некоторых случаях, к жизни пациенту может.

Цель исследования. С помощью шкатулку с таймером пациентов может принимать пациентов может принимать точно и своевременно препаратов которые рекомендует врачи и это повышает безопасность и эффективность фармакотерапию.

Материалы и методы. Авторы этого текущего пути. Чтобы найти положительное решение вопроса по через несколько больниц изучали путем ретрос с своей специальности, если кто-нибудь имеет постоянную пациентов, получающих препараты несколько раз в день сколько и какие препараты принимать своевременно дает эффект пациентам или не принимать препараты своевременно приводить каких либо негативных последствий, далее мы обращались вопросами врагам о регулированию своевременное приема препаратов больных; был сделан вывод.

Результаты и обсуждение. В процессе изучения вопроса пациенты должны получать 100% инструкцию от легучих врачей о приеме препаратов и получено ответы что врачи заниси ваем точную время приѣма препаратов пациенту. В том числе они не дают гарантию что пациенты регулярно принимает лекарственные препараты.

Согласно к статистике по всему миру медицинской промышленности: Соединные Штаты из ВОЗ экспертов в области медицинской фармакологии (Bertram, Lorensa, G.Dukkes) . управление осуществляется путем на 1 год медицинскими врачами рекомендовали к в лекарственных средства на больных и принятие 900 тысяч случаев различных ошибок в результате этой ошибки, и 200 тысяч случаев смерти были записаны. 46,3 миллионов американских долларов, сумма денег потрачены напрасно, чтобы предотвратить осложнения (медикаментозные) фармакотерапию.

Чтобы решать эту проблему государственного уровня используются различные меры: повисить медицинской культуру в больницах, повисить контрол медицинском персоналом пациентам приѣма лекарственных средств и другие. Но, пока эти меры не дали удовлетворительный эффект.

Заключение. Если использовать медицинскую шкатулку с таймером то пациенты будут правильно и своевременно принимать лекарственные препараты. Это будет увеличивать безопасность и эффективность фармакотерапию том числе позволяет экономическую сбережений.

БЫСТРАЯ ДИАГНОСТИКА НОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО КОРОНАВИРУСА

Бобоев М.М., Мадумарова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является пневмония, у значительного числа пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресссиндрома (ОРДС).

Материалы и методы: настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней тяжести. По результатам серологического и филогенетического анализа коронавирусы разделяются на три рода: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus* и *Gammacoronavirus*. Естественными хозяевами большинства из известных в настоящее время коронавирусов являются млекопитающие. До 2002 года коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). В конце 2002 года появился коронавирус (SARS-CoV), возбудитель атипичной пневмонии, который вызывал ТОРС у людей. Данный вирус относится к роду *Betacoronavirus*. Природным резервуаром SARS-CoV служат летучие мыши, промежуточные хозяева – верблюды и гималайские циветты. Всего за период эпидемии в 37 странах по миру зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 со смертельным исходом. С 2004 года новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARS-CoV, не зарегистрировано.

Новый коронавирус 2019-nCoV (временное название, присвоенное Всемирной организацией здравоохранения 12 января 2020 года) представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству *Coronaviridae*, относится к линии *Beta-CoV B*. Вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV).

Коронавирус 2019-nCoV предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетическая последовательность 2019-nCoV сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 70%.

Патогенез новой коронавирусной инфекции изучен недостаточно. Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении 2019-nCoV в настоящее время отсутствуют. Иммунитет при инфекциях, вызванных другими представителями семейства коронавирусов, не стойкий и возможно повторное заражение.

Результаты: В настоящее время данные по эпидемиологической характеристике новой коронавирусной инфекции 2019-nCoV ограничены. Максимально широкое распространение вирус получил в Китае, где наблюдается распространение практически во всех провинциях с эпицентром в г. Ухань, провинция Хубэй. Зарегистрированы завозные случаи в странах Азии, Северной Америки и Европы: Таиланд, Япония, Республика Корея, Вьетнам, Малайзия, Непал, Тайвань, Сингапур, Австралия, США, Канада, Франция, Германия. Первоначальный источник инфекции не установлен. Первые случаи заболевания могли быть связаны с посещением рынка морепродуктов в г. Ухань (КНР), на котором продавались домашняя птица, змеи, летучие мыши и другие животные.

В настоящее время основным источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания. Пути передачи инфекции: воздушно-капельный (при кашле, чихании, разговоре), воздушно-пылевой и контактный. Факторы передачи: воздух, пищевые продукты и предметы обихода, загрязненные 2019-nCoV. Установлена роль инфекции, вызванной 2019-nCoV, как инфекции, связанной с

оказанием медицинской помощи. По состоянию на 23.01.2020 в одной из больниц г. Ухань выявлено 15 подтвержденных случаев заболевания среди врачей, контактировавших с больными 2019-nCoV.

Подтвержденный случай инфекции, вызванной 2019-nCoV:

1. Наличие клинических проявлений острой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза (см. выше).

2. Положительные результаты лабораторных тестов на наличие РНК 2019-nCoV методом ПЦР.

Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологических анамнеза и результатов лабораторных исследований.

1. Подробная оценка всех жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза. При сборе эпидемиологического анамнеза обращается внимание на посещение в течение 14 дней до первых симптомов, эпидемически неблагополучных по 2019-nCoV стран и регионов (в первую очередь г. Ухань, Китай), наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, подозрительными на инфицирование 2019-nCoV, или лицами, у которых диагноз подтвержден лабораторно.

2. Физикальное обследование, обязательно включающее: оценку видимых слизистых оболочек верхних дыхательных путей, аускультацию и перкуссию легких, пальпацию лимфатических узлов, исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки, термометрию, с установлением степени тяжести состояния больного.

3. Лабораторная диагностика общая: выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). Биохимический анализ крови не дает какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови.

4. Лабораторная диагностика специфическая: выявление РНК 2019-nCoV методом ПЦР.

5. Инструментальная диагностика: обзорная рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография легких, электрокардиография (ЭКГ).

Заключение: Использование медикаментозных средств неспецифической профилактики 2019-nCoV инфекции направлено на снижение вероятности заболевания или степени его выраженности у потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным). Экстренная медикаментозная профилактика коронавирусной инфекции подразумевает назначение лекарственных средств, оказывающих неспецифическое противовирусное действие.

Показана всем лицам, контактировавшим с больными с подтвержденной или предполагаемой 2019-nCoV инфекцией.

Медикаментозная профилактика коронавирусной инфекции проводится в первые 48 часов после контакта с больным. Сроки назначения медикаментозной профилактики коронавирусной инфекции устанавливаются в пределах предполагаемого инкубационного периода (14 суток) с момента последнего контакта с источником инфекции. Назначение с профилактической целью лекарственных средств должно проводиться строго по назначению врача и под его контролем.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОФИЛИЙ

*Бобоев К.Т., Мусаиайхов У.Х., Шамсутдинова Д.Б., Мусаиайхова Ш.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови
Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан*

Актуальность проблемы. В настоящее время большое значение во всем мире придается нарушениям свёртываемости крови. Особо пристальное внимание уделяется тромбофилии: наследственным или приобретённым нарушениям в гемостазе, обуславливающим склонность к тромбозу. В современном мире смертность от тромбозов составляет около 46% от общей летальности, при этом в более чем в 50% причиной их возникновения является тромбофилия.

Цель и задачи исследования. Изучить практическое значение современных лабораторных методов в выявлении нарушений системы свёртывания крови и прогнозировании развития тромбоэмболических осложнений при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был выполнен систематический анализ литературы по современным лабораторным методам диагностики тромбофилии в онлайн ресурсах.

Полученные результаты и их обсуждение. Тромбофилия - это нарушение гемостаза и гемореологии, которое характеризуется повышенной склонностью к развитию рецидивирующих тромбозов кровеносных сосудов разной локализации и ишемией органов вследствие врождённых или приобретённых нарушений в различных звеньях системы гемостаза и гемореологии.

На сегодняшний день выделено большое число первичных (генетически обусловленных) и вторичных (приобретённых, симптоматических) тромбофилий, отличающихся друг от друга по этиологии, характеру нарушений в системе гемостаза, осложнениям и прогнозу.

В настоящее время описано более 100 факторов тромбогенного риска и состояний, относящихся к тромбофилиям, способных в своем сочетании привести к сосудистым катастрофам. В основу классификации факторов тромбогенного риска можно положить длительность воздействия на организм человека и управляемость со стороны пациента или с помощью средств современной медицины для снижения вероятности артериального или венозного тромбоза.

Неуправляемые факторы риска – возраст, семейный или личный тромботический анамнез, носительство тромбогенных мутаций и полиморфизмов, малая подвижность, связанная с тяжелой травмой, не «0» группа крови, системные проявления ангиодисплазии и ряд других - не поддаются коррекции и сопровождают человека пожизненно. Гораздо более многочисленны временные и сравнительно более управляемые факторы риска, которые в свою очередь могут быть разделены на связанные с образом жизни (например, вредные привычки, гиподинамия, дистресс при психических и физических перегрузках), индивидуальными особенностями (беременность), обусловленные болезнью или патологическим состоянием (сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца) и ятрогенные - вызванные медицинским вмешательством (операций, а также назначением ряда медикаментов). Управляемость этих факторов риска различна и должна рассматриваться с точки зрения, как этиологии, так и патогенеза тромбообразования, во всех случаях индивидуально.

Предрасполагающие к тромбозу факторы риска удастся выявить, по крайней мере, в половине случаев и это весьма поучительно, поскольку распознать отдельные из десятков описанных факторов риска в каждом конкретном случае не представляется возможным вследствие ограниченного времени общения специалиста с больным и высокими затратами на исследования.

Тем не менее, для лабораторного выявления причин, способствующих возникновению тромбоза можно рекомендовать следующий спектр коагулологических, амидолитических, иммунологических и генетических исследований. Общий анализ крови (количество эритроцитов и тромбоцитов, уровень гемоглобина, скорость оседания эритроцитов, определение группы крови); общий скрининг коагулограммы (протромбиновый тест, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое/рептилазное время, концентрация фибриногена); коагуляционное звено гемостаза (активность фактора свертывания крови II, VIII, IX, XI и XIII); физиологические антикоагулянты (активность и антиген антитромбина III и протеина С. Активность общего и свободного протеина S, фибринолитическая активность крови (уровень пламиногена); генетические исследования (носительство мутации фактора V-Лейден, мутации протромбина и ряд других); дополнительные исследования (антифосфолипидные аутоантитела, уровень гомоцистеина в сыворотке крови).

Выбор тех или иных методов исследования, представленных выше, не регламентирован и зависит от возможностей лаборатории, а также информированности специалистов и востребованности ими. Однако можно учесть, что в случае выяснения причин артериального тромбоза сравнительно более высокую значимость имеют признаки высокой вязкости (сгущения) крови, повышения уровня фактора Виллебранда и выше указанных факторов свертывания крови, гиперагрегация тромбоцитов и гипергомоцистеинемия. Венозным же тромбозам чаще всего предшествует умеренное снижение активности физиологических антикоагулянтов, резкая их недостаточность уже способствует развитию тяжелых смешанных (по локализации) сосудистых ишемий.

Общепринятых показаний для проведения лабораторных исследований с целью выявления возможных причин тромбообразования не существует. Имеются рекомендации о необходимости такого поиска при идиопатическом (спонтанном) или повторном венозном тромбозомблизме, первом случае тромбоза в молодом возрасте (≤ 30 -45 лет для венозного тромбоза, ≤ 50 -55 лет для артериального тромбоза), наличии семейного тромботического анамнеза (у родственников первой линии с тромбозом в молодом возрасте); тромбозе необычной локализации (церебральной, воротной, печёночной вены, мезентериальных и почечных артерий и вен, сосудов верхних конечностей), молниеносной пурпуре новорождённых, тромбозов на фоне приёма варфарина (варфаринный некроз кожи) или гепарина.

Заключение. В целом можно подчеркнуть, что сегодня очень важно дистанцироваться от гипердиагностики тромбофилии и использования такого заключения как фатального и неуправляемого при объяснении тяжелых сосудистых осложнений и смерти больных в медицинской практике. Пути выхода из этого положения существуют и они кроются в понимании и единстве терминологии, касающейся сути процесса и учёте возможностей управления факторами тромбогенного риска.

Практическое значение лабораторных методов в этом направлении трудно переоценить, так как они позволяют выявлять доклинические нарушения системы свертывания, прогнозировать развитие тромботических осложнений, и тем самым, уменьшить частоту наиболее распространённых причин смерти в современном обществе – тромбозов различной локализации.

УРО-НЕФРОЛОГИК СИМПТОМ ВА СИНДРОМЛАРНИ ХАВО-НИСБИЙ НАМЛИГИ ВА ҚУЁШ ЁҒДУСИ ТАЪСИРИДА ЎЗГАРИШЛАРИ(ПРОСПЕКТИВ КУЗАТУВ НАТИЖАЛАРИ)

*Бобоев Р.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Хамраев О.А
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади-атмосфера жараёнларининг асосий метеозлементларига боғлиқ холда уро-нефрологик симптом ва синдромларни (субъектив ва объектив аломатлар, клиник ва инструментал ҳамда функциональ кўринишлар) келиб чиқишларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар:халқаро миқёсда қабул қилинган комплекс текширув усулларида фойдаланиб 2364 та сийдик йўллари ва буйрак касалликлари билан беморларда проспектив (уч йиллик) клиник-метеорологик тадқиқот водий метеоклимий шароитида амалга оширилди. Унда уронефрологик асосий симптом ва синдромларни (УрНС) хаво нисбий намлиги (ХНН) ҳамда қуёш ёғдуси (КЁ)га боғлиқликлари махсус таҳлил қилиш усулларида фойдаланиб баҳоланди.

Натижа ва усуллар:УрНС қайд қилиниш частотаси бевосита ХНН даражасига боғлиқ холда алоҳида хусусиятлар билан турлича частоталарда қуйидагича кузатилади: ХННнинг то 46 фоизгача бўлган даражасида УрНС энг камида 7,1 фоизгача ортади, 55 фоизгача ХНН ортиши билан-8,6 фоизга кўпаяди, 64 фоизгача кўпайганда 11,8 фоизга шиддатлашади ($p<0,05$), 73 фоизгача ортаганда-16,9 фоизга авжланади ($p<0,05$), 82 фоизгача етганда -14,3 фоизга ($p<0,05$) ва 91 фоизгача кўтарилганда – УрНС шиддатланиб аниқланиши 18,8 фоизга етади ($p<0,01$), 100 фоиздан ошиб нисбий хаво намлиги босими кучайишида, энг кўп – 22,4 фоиз даражада УрНС ортади ($p<0,01$). УрНС ўсиб бориш частотаси беморларда ХНН ошиб бориши билан бир вақтда 1,6 баробарга ортади ($p<0,01$).

УрНС ва ҚЎ ўртасида ҳам ана шундай кучли боғлиқлик борлиги ўз тасдиғини топди. УрНС аниқланиши тезлашуви ҚЎ ни турли таъсири доирасида ва тебранишларида тафовутланиб қуйидагича аниқланадилар: 7,6 фоиз - ҚЎ давомийлиги 2,6 соатгача бўлганда, 12,7 фоиз - ҚЎ таъсири 5,2 соатгача давомийлигида ($p < 0,05$), 25,5 фоиз – ҚЎ таъсири 9,1 соатга чўзилганда ($p < 0,01$), 25,4 фоиз – ҚЎ таъсироти 11,7 соатга тенг бўлганда ($p < 0,01$) ва 28,8 фоиз ($p < 0,001$) ҚЎ таъсироти 14,3 соат бўлганда.

ХНН ва ҚЎ метеоомилларни кучайиши шубҳасиз, УрНС ифодаланишига салбий таъсирини ўтказиб турадилар. Мазкур ретротахлилдан хулоса қилиб, кишлоқ шароитида ва фермерлик фаолияти билан машғул аҳоли популяциясида шу мазмундаги ва профилактик мохиятли тадқиқотларни амалга оширишни истикболли йўналиш деб тавсия этдик ҳамда режалаштирдик.

ҚВП ШАРОИТИДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРЛАРИ БЕМОРЛАРГА ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ РАЦИОНАЛ ҚЎЛЛАШНИ СИФАТИНИ ОШИРИШ

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М., Усманова Я.Ғ.
Андижон Давлат Тиббиёт институти,*

Ҳозирги кунда умумий амалиёт врачларининг одатий клиник практикадаги дори воситалари тавсия қилиши масаласи такомиллаштиришга муҳтождир.

Мақсад: ҚВП шароитида умумий амалиёт шифокорларини беморларга дори воситаларини рационал қўллашнинг сифатини ошириш

Материал ва услублар: Беморлар амбулатор карталари ретроспектив тарзда таҳлил қилинди, муаммоларни илдириш сабабларини Ишикава диаграммаси асосида таҳлил қилинди. Дориларни рационал қўллаш сифат кўрсаткичини текшириш мақсадида стандартлар ва индикаторлар тузилди.

Вазифалар: 1. ҚВП шароитида беморларга тавсия қилинаётган дори воситалари таҳлил қилиш ишлари сифатини яхшилаш. 2. ҚВП умумий амалиёт шифокорларини «Дори воситаларини рационал қўллаш» семинари бўйича ўқитиш ва кўпроқ генерик дори воситаларини тавсия қилишга йўллаш ишлари сифатини ошириш. 3. ҚВПдаги умумий амалиёт шифокорларни Ўзбекистон Республикасининг «Хаёт учун муҳим бўлган дорилар рўйхати» ва дори воситалари формуляри билан тўлиқ таъминлаш.

Натижалар: Жами 435 та катта ёшли беморлар амбулатор карталари ва 435 та 14 ёшгача даво олган болалар амбулатор карталари таҳлил қилинди. Даволаш ўтказилган 435 та катта ёшдаги беморларга жами 1310 та дори воситаси тавсия қилинган, ўртача 1 та беморларга 3,3 (2,2-4,2) ни ташкил қилади. Болаларда эса жами 1189 та дори воситаси тавсия қилинган, ўртача 1 та болага 2,7 та тўғри келади. Амбулатор карталар таҳлил қилинганда, умумий амалиёт шифокорлари катта ёшли беморларга энг кўпи 3 та дори препарати тавсия қилган (284 беморга-65%). Бир вақтнинг ўзида 8,9 ва 10 та дори воситасини тавсия қилиш ҳоллари кузатилмади. Болаларнинг амбулатор карталари таҳлил қилинганда ва умумий амалиёт шифокорларининг қабули кузатилганда қуйидагилар аниқланди: фақатгина 1 та дори препарати 3,9% бемор болаларга тавсия қилинган. Энг устувор бўлиб, 2 та дори препарати тавсия қилинган бемор болалар амбулатор карталари (172та-39,5%) ташкил этди.

Бу ҳолатни яхшилаш мақсадида барча ҚВП даги врачларни «Дори воситаларини рационал қўллаш» бўйича ўқитилди.

Тавсиялар: Дори воситаларини рационал қўллаш бўйича ўқув қўлланма ва клиник протоколлар ишлаб чиқариб, УАШларни таъминлаш.

Умумий амалиёт шифокорлари дори воситаларини рационал қўллаш бўйича ўқув қўлланма билан таъминлаш.

ҚВП да 3 врачдан икkitаси 10 ойлик умумий амалиёт шифокорлари тайёрлаш курсида ўқимокда ва беморларни дори воситаларини рационал қўллаш бўйича даволамоқда. Беморларга 100% генерик дори препаратлари буюрилмоқда.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ СВП

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Худойбердиев Ж.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Цель: Ранее выявление больных с бронхиальной астмой (БА), оценка методов диагностики и лечения и повышение качества оказания медицинской помощи этим больным

Задачи: 1. Провести оценку тактики ведения и диспансерного наблюдения, больных (БА) в условиях СВА; 2. Улучшить ранее выявление больных БА с помощью вопросника и проведения пикфлоуметрии; 3. Оценить информированность населения и больных БА о болезни; 4. Повышение качества медицинской помощи больных БА.

Результаты: Анализ амбулаторных карт показал, что на учете состоят только 26 больных с БА. Диспансерное наблюдение проводится плохо, пикфлоуметрия не проводилась из-за его отсутствия, лечение больных проводится препаратами, не рекомендованные данными доказательной медицины (ДМ).

Анализ вопросника выявил следующие недостатки:

Поздно выявляются больные с БА, у лиц с нарушением дыхания не проводится подсчет частоты дыхания, диагноз ставится поздно, уже при развившемся приступе. Больные не информированы о не медикаментозном лечении. Они не знают о своей болезни и не умеют оказать себе первую до врачебную помощь. Не знают Правила пользования ингалятором. Больные с нарушением дыханием, не знают о БА, и о причинах приводящих к этой болезни.

Внедренные изменения: Всем больным БА измерены ПСВ и подсчитаны процент нарушения дыхания, согласно которому назначено по шаговое лечение на основе стандартного протокола.

Проведено обучение патронажных медсестер правильному информированию населения о болезни, ее причинах и изменению образа жизни при возникновении симптомов БА

Был' проведен тщательный профилактический осмотр для раннего выявления заболевания в скрытой фазе, с небольшим количеством симптомов

Обучение врачей СВА диагностике и лечению на основе стандартных протоколов было проведено в марте месяце.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность: На практике ВОП довольно часто встречается больных ХОБЛ. Наряду со снятием бронхоспастического синдрома, восстановление дренажной функции бронхов является одной из первоочередных задач при лечении заболеваний с хроническим обструктивным синдромом, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхоэктатическая болезнь (БЭБ), муковисцидоз (МВ) и т.д.

Введение: Нарушение дренажной функции дыхательных путей, как правило, обусловлена спазмом гладкой мускулатуры бронхов, гиперсекрецией слизистых оболочек дыхательных путей, нарушением мукоцилиарного клиренса и воспалительными изменениями стенок бронхов. Препарат «Доктор Дон»-комбинированный растительный сироп от кашля, содержащий экстракты следующих растений: Adhodata Vasica 600МГ, солодка голая 75мг, перец красный 100мг, фиалка пахучая 25мг, калаган большой 50мг, иссоп лекарственный 50мг.

Цель: Улучшить эффективность лимфотропной антибиотикотерапии у больных с ХОБЛ с комбинацией муколитическими препаратами растительного происхождения в частности препарата «Доктор Дон».

Задачи: Апробировать эффективность и безопасность применения препарата в лечении больных с ХОБЛ с комбинацией лимфотропной антибиотикотерапии в условиях СВП.

Метод: Проспективный.

Материалы: В исследовании было включено 62 больных с ХОБЛ в фазе обострения. По стадиям заболевания больные распределены: Хронический обструктивный бронхит I стадии -52, II стадии – 7, III стадии-2. Результаты клинического испытания препарата показали, что у больных с ХОБЛ I стадия 2 сутки принимая препарата 58%; 3-4 сутки 75% больных изменилось характер кашля с раздражающего, саднящего до мягкого и влажного, что значительно снимает дыхательный дискомфорт и напряжения в грудной клетке. 5-6 сутки 91% исчезли вышеперечисленные симптомы. II-III стадия 3-4 сутки у 65% больных наблюдалось улучшение. У 61% больных отмечено исчезновение саднящей боли в грудной клетке и в глотке, у 87,7% больных отмечалось исчезновение одышки на 4 сутки. Данные пикфлоуметрии изменились в положительную сторону. У больных отсутствовали признаки нарастания обструктивных изменений на уровне средних и дистальных отделов бронхиального дерева. К 10 дню терапии лишь 2% больных отмечали раздражающего, саднящего кашля интенсивность, которого был значительно ниже исходного состояния.

Вывод: 1.Препарат «Доктор Дон» улучшает качества жизни больных у больных с хроническим обструктивным бронхитом во всех стадиях.

2.Лечение больных с обструктивным бронхитом в условиях СВП комбинацией муколитического препарата с антибиотиками, повышает эффективности терапии, уменьшая продолжительности дни обострения.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ НА ПРАКТИКЕ ВОП

*Худайбердиев Ж.М., Юнусова З.В., Бойкузиева М.Б., Усмонова Я.Г.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

В деятельности врача общей практики часто встречается следующие виды неврозов: невроз страха, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, истерический невроз, невращения (астенический невроз), ипохондрический невроз или системные невротические проявления как невротическое заикание, тики, невротические расстройства сна, расстройства аппетита, невротический энурез, невротический энкопрез, патологические привычные действия. Основной причиной неврозов является травма, но такая прямая связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обусловлено часто не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой личностью сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям. Чем больше личностная предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза.

Для возникновения невроза имеют значение:

- 1.Факторы биологической природы: наследственность и конституция, перенесенные заболевания, беременность и роды, пол и возраст, особенности телосложения и т.д.
- 2.Факторы психологической природы: преморбидные особенности личности, психические травмы детского возраста, ятрогении, психотравмирующие ситуации.
- 3.Факторы социальной природы: родительская семья, сексуальное воспитание, образование, профессия и трудовая деятельность.

Важными факторами при формировании невроза являются общеистощающие вредности:

- Длительное недосыпание
- Физические и умственные перегрузки

Самое главное, причины нервных заболеваний детей кроются не в несовершенстве детской природы, а в ошибках воспитания. Доминирующая роль при неврозах принадлежит хронической психической травматизации, нередко дополненной острыми психическими травмами. Лечение неврозов может, занимается врач общей практики. Методика избавления от невроза довольно много, среди них и немедикаментозное лечение, гомеопатия, гипноз и т.д. Широко

применяются игровая терапия, сказкотерапия и т.д. Каждая ситуация индивидуальна. Успех во многом зависит от правильного применения лечебной методики и в этом врач общей практики может выполнять одну из ведущих ролей.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Бойкузиева М.Б.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Цель работы: Целью данной работы явилось изучение причин развития белково-энергетической недостаточности у детей раннего возраста на современном этапе.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 106 амбулаторной карты детей раннего возраста (от 2-х месяцев до 2-х лет), находившихся на учёте врача общей практики семейной поликлиники №3 города Андижана за период с 2019 по 2020 год. Среди обследованных детей до 1-ого года было 73 (68,9%), старше 1-ого года – 33 (31,1%). детей, находившихся на естественном вскармливании до 1-ого года было 61 (57,5%), на искусственном вскармливании – 35 (33,1%), на смешанном – 10 (9,4%). С гипотрофией I степени было 24 ребёнка (22,6%), II степени – 73 (68,9%), III степени – 9 (8,5%). Изучены данные о применяемых смесях для вскармливания (адаптированные, неадаптированные), сроки введения прикормов и коррекции питания, параметры физического и психомоторного развития ребёнка, материально-бытовые условия, а также перенесённые заболевания.

Результаты: Всё разнообразие причин развития гипотрофий мы разделили на алиментарные, инфекционные (частые ОРЗ, кишечные инфекции, септические очаги) и дефекты окружающей внешней среды. Из алиментарных причин в группе детей, находящихся на естественном вскармливании чаще выявлялась гипогалактия, которая установлена лишь в условиях стационара. В группе детей, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании мы выявили, что гипотрофия чаще развивалась у детей, получавших неадаптированные смеси. Частые заболевания у детей в возрасте после 6 месяцев также были причиной развития гипотрофии, особенно старше 1 года, т.к. в этом возрасте имеется больший контакт детей с окружающими. Из неблагоприятных условий внешней среды наиболее частыми причинами развития гипотрофии у детей мы выявили плохие бытовые условия (тесное, плохо проветриваемое помещение), кутание, перегревание ребёнка, неправильный режим дня, недостаточное пребывание на свежем воздухе, отсутствие благоприятных для сна условий.

Выводы: В возникновении гипотрофии у детей раннего возраста большая роль принадлежит не только рациональному вскармливанию, но и факторам окружающей внешней среды, а также заболеваемость ребёнка как соматическими, так и инфекционными заболеваниями.

ТУҒРИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА БАЧАДОН БЎЙНИ РАКИ ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ ЎРГАНИШ ВА ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ИШЛАРИ СИФАТИНИ ОШИРИШ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усманова Я.Ф., Рахматова М.М.

Андижон Давлат Тиббий институт

Долзарблиги: Статистик маълумотларга кўра жаҳоннинг барча мамлакатларида кейинги йилларда ўсма касалликлари СПИД каби тез ва шиддатли равишда ўсиб бормоқда.

Мақсад: 5-оилавий поликлиника ҳудудида яшовчи 25-45 ёшли туғриқ ёшидаги аёллар ўртасида 5 ой давомида бачадон бўйни раки олди касалликларини эрта аниқлаш, уларга тўғри маслаҳат бериш, вақтида даволаш, кутилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш.

Вазифалар:

1. 25-45 ёшли ТҒАлар ўртасида скрининг ўтказиш ишларини сифатини яхшилаш.
2. 25-45 ёшли аёллар ўртасида бачадон бўйни раки олди касалликларини ўрганиб чиқиш.
3. Профилактик кўрик сифатини ошириш.
4. Диспансеризация сифатини яхшилаш.
5. Бачадон бўйни раки олди касалликлари аниқланган аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Услублар: Илдизли сабабларини Ишикава диаграммасида аниқлаш, скрининг йўли билан рак олди ҳолатларини эрта аниқлаш, саволномалар орқали аҳолининг касаллик тўғрисида билимларини баҳолаш.

Натижалар: Текширув Андижон шаҳар 3-оилавий поликлиникасининг “Шифокор” МФЙ ҳудудида ўтказилди. Умумий аҳоли сони 2019 йилда 6875 нафар, шундан ТҒА 2649 та, кизлар 625 та, 50-59 ёшлар 580 та, 60 ёш ва ундан катталар – 295 та. 2019 йил май ойигача 25-45 ёшли аёллар (1803 та) ўртасида бачадон бўйни раки олди касалликларига скрининг текшируви сифатида бачадон бўйнидан суртма олиниб текширилиб, бачадон бўйни раки олди касалликлари эрта аниқланди: Бачадон бўйни эрозияси бор 64 та аёлнинг 52 таси (81,2%) даволанди, 12 таси (18,7%) даволанмади. Эндоцервицити бор 17 та аёлнинг 13 таси (76,4%) даволанди, 4 таси (23,5%) даволанмади. Полипи бор 2 та аёл тўлиқ (100%) даволанди. Жами даволанганлар 67 та – 80,7% йил давомида касалланган аёллар «Д» назоратида олиниб, даволаб борилди, зарур деб топилганлари онко-гинеколог кўригига юборилди. Аёллар ўртасида тушинтириш ишлари йўлга қўйилди (маърузада жами 518 та аёл катнашди). Хавф гуруҳлари, ўз-ўзини назорат қила билиш, тиббий кўрикларнинг аҳамияти кабилар тўғрисида айтиб ўтилди. Юқоридаги натижалардан кўриниб турибдики, тушинтириш ишлари қандай кўринишда бўлмасин тўхтовсиз олиб боришни тақозо қилади.

Хулоса:

1. Аёллар ўртасида Папаниколау усули бўйича цитологик текширув ҳар йили ўтказилиши керак.
2. Аниқланган рак олди касалликлари онко-гинеколог назорати остида оилавий поликлиника акушер-гинекологи ва УАШ томонидан даволаниши керак.

3. Ўтказилган санитария-маориф ишлари натижасида аёлларда рак олди касалликлари тўғрисида тушинча пайдо бўлди.

Тавсиялар: Бачадон бўйни ракини эрта аниқлаш учун умумий амалиёт шифокорлари аёлларда профилактик кўрикни ўтказиб туришлари керак: 3 йилда 1 марта – 30-30 ёшли аёллар, 1 йилда 1 марта – 40-50 ёшли аёллар Папаниколау усулида цитологик текширувга суртма топириб туришлари мақсадга мувофиқ бўларди.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА И ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы значительный интерес как отечественных, так и зарубежных исследователей привлекают проблемы иммунопатогенеза кишечных инфекций.

Установлено значительное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, клеток CD3+, CD4+, CD8+ и дефицит sIgA, IgA, лизоцима, ЦИК в крови больных, что указывает на депрессию местного и системного иммунитета при вирусных и бактериальных кишечных инфекциях. Однако роль цитокинов в патогенезе кишечных инфекций изучена недостаточно. За рубежом проведено и опубликовано большое число работ по экспериментальным исследованиям патогенетической роли ИЛ-1, ИФН-у при ротавирусной инфекции и ИЛ-2,4,6,8, ИФН-у при бактериальных кишечных инфекциях.

При ОКИ у детей особенности изменения цитокинового статуса (ИЛ-4, 6, 8, 10, 12, 15, 18, ИФН-у, ФНО-а) представлены в единичных публикациях.

В отечественной литературе в немногочисленных работах освещены вопросы иммунопатогенеза с изучением роли цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-12, ИФН) при диареях у детей. Полученные результаты исследований противоречивы и не позволяют однозначно трактовать иммунологические изменения при ОКИ.

Предлагаемые методы иммунотерапии ограничены рамками использования препаратов индукторов интерферона (циклоферона), пероральных иммуноглобулинов (КИП) и других иммуномодуляторов. Не определен алгоритм иммунокоррекции нарушений интерферонотенеза и интерлейкинов в острый период заболевания.

Цель исследования. Совершенствование тактики терапии острых кишечных инфекций с учетом особенностей изменения иммунного статуса у детей.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 145 больных с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 5 мес. до 14 лет, госпитализированных на 1-2-й день заболевания, у которых отсутствовали пищевая аллергия, лактазная недостаточность и в анамнезе на момент исследования отсутствовал факт приема пробиотиков и иммуномодуляторов.

Результаты исследования. В современной этиологической структуре ОКИ у детей преобладают вирусные диареи (76,6%), удельный вес ротавирусной инфекции составляет 53,8%.

У 91,8% детей с ОКИ независимо от типа диареи, тяжести и периода заболевания отмечается недостаточная продукция индуцированного альфа- и гамма - ИФН, а также снижение показателей активности фагоцитоза, что свидетельствует о качественном дефекте острофазного иммунного ответа и дефиците клеточного звена иммунитета.

Для кишечной инфекции вирусной этиологии характерны выраженные изменения цитокинового статуса в виде стимуляции выработки провоспалительного монокина ИЛ-1Р в 6,2 раза и ИЛ-6 в 1,6 раза, связанных с развитием местной воспалительной реакции в кишечнике и активацией антителообразования. Формирование неспецифической защиты с выраженным повышением уровня ИЛ-1(3 в крови происходит независимо от возраста, тяжести заболевания и топике поражения ЖКТ как в острый период, так и в период реконвалесценции заболевания).

Тяжесть и длительность течения ОКИ коррелирует с изменениями иммунологического статуса у детей в острый период заболевания снижением фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа в 1,5-2 раза и иммуноглобулина А в 1,5 раза, активацией гуморального иммунитета (М) и повышением уровня ИЛ-1(3 (в 6,2 раза) и ИЛ-6 (в 1,5 раза). Провоспалительные ИЛ-1Р и ИЛ-6 являются маркерами синдрома интоксикации.

Изменения параметров цитокинового статуса при инвазивных кишечных инфекциях характеризуются активацией провоспалительных интерлейкинов ИЛ-1Р в 5 раз и ИЛ-8 в 1,5 раза, что отражает адекватность иммунного ответа ТЬ 1 типа и нейтрофилов на бактериальную антигенную стимуляцию.

При ротавирусных инфекциях ключевым фактором иммуносупрессии является подавление продукции интерферонов, что сопровождается снижением показателей индуцированного ИФН-а и ИФН-у и является обоснованием к назначению в комплексе лечения препаратов интерферона в острый период заболевания.

Виферон (интерферон-а2b, свечи) обладает иммунорегуляторным воздействием на цитокины, способствуя снижению показателей провоспалительных цитокинов ИЛ-1 р и ИЛ-6 в 1,2 раза и повышению индуцированного а- и у-ИФН до нормы у 37,5% и 46,1% детей соответственно, что сопровождается сокращением продолжительности интоксикации, $p < 0,05$. Применение Виферона в комбинации с препаратом «Бифиформ Малыш» по сравнению с монотерапией позволяет получить наряду с клиническим эффектом достоверное снижение в крови уровня провоспалительного ИЛ-6 ($p = 0,025$) и повышение уровня индуцированного ИФН-у до нормы у 66,7% детей, что и определяет целесообразность применения комбинированной терапии в острый период вирусных диарей с исходно низким уровнем интерферонотенеза.

Вывод. Проведенные иммунологические исследования позволяют обосновать тактику иммунокорректирующей терапии при ОКИ у детей с применением иммунобиологических препаратов и интерферонотерапии.

Доказано, что комбинация Виферона и пробиотика «Бифиформ Малыш» ведет к более эффективной иммунокоррекции интерлейкинов и интерферонов в комплексной терапии ОКИ у детей и способствует профилактике ОРВИ и ОКИ в катамнезе.

Полученные данные об эффективности иммунобиологической коррекции нарушений иммунного статуса при ОКИ разной этиологии, открывают новые возможности в оптимизации терапии и реабилитации детей как в острый период, так и в период реконвалесценции, что способствует расширению спектра применения пробиотиков в детской практике.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы появились единичные публикации о развитии функциональных расстройств билиарного тракта после перенесенной ОКИ, в частности, ротавирусной инфекции у детей. Диагностика функциональных расстройств желчного пузыря при ОКИ требует дальнейшего изучения, поскольку имеющиеся при этих расстройствах клинические симптомы не всегда манифестны.

Вопросы терапии ФРБТ по-прежнему остаются дискуссионными. Одним из возможных путей повышения качества жизни таких пациентов, достижения более быстрой и стойкой ремиссии ОКИ является использование селективных миотропных спазмолитиков, в частности, мебеверина (Дюспаталин). Однако, до сих пор имеются лишь единичные исследования применения мебеверина при функциональных расстройствах билиарного тракта, которые в основном проводились за рубежом. В то же время, в отечественной литературе отсутствуют какие-либо данные о применении данного селективного блокатора $\text{Ia}+\text{каналов}$ у детей с ФРБТ в периоде реконвалесценции после перенесенной ОКИ.

Цель исследования. Целью настоящей работы явились оптимизация терапии и улучшение исходов заболевания на основании изучения особенностей течения острых кишечных инфекций у детей с функциональными расстройствами билиарного тракта.

Материалы и методы исследования. В настоящую работу включены данные о 152 больных, в возрасте от 1 месяца до 14 лет, находившихся на лечение в отделениях острых кишечных инфекций АОИБ.

Результаты исследования. Наличие у ребенка аномалии развития желчного пузыря оказывает влияние на характер начальных проявлений ОКИ (рвота чаще предшествует другим симптомам) и в разгар болезни (большая продолжительность интоксикационного, диспептического и болевого синдромов, выраженность эксикоза и копрологических показателей), и в период реконвалесценции (большая частота кишечной дисфункции - запоры). Заболевание у детей до 1 года с аномалией развития желчного пузыря протекает тяжелее, чем без нее.

Объективными клинико-лабораторными проявлениями функциональных нарушений билиарной системы у детей с аномалией развития желчного пузыря после перенесенной ОКИ являются функциональный запор и сохранение изменений в копрограмме.

У 29,7% реконвалесцентов сальмонеллезной инфекции через 1 месяц отмечали персистенцию сальмонелл в кале. Не выявлено достоверной зависимости реконвалесцентного бактериовыделения сальмонелл от анатомической формы желчного пузыря. В 55 % случаев наличие кишечной дисфункции после перенесенной сальмонеллезной инфекции связано с наличием у ребенка аномалии развития желчного пузыря.

Уже в острый период кишечных инфекций у детей регистрируют изменения со стороны билиарного тракта, характеризующиеся УЗ-признаками стаза желчи в желчном пузыре (10,7%), увеличением его размеров (2,4%), реактивными изменениями его стенки (0,6%). Наличие у ребенка ФРБТ оказывает влияние на начальные проявления ОКИ (рвота и боли в животе предшествуют другим симптомам) и разгар болезни - в виде большей продолжительности диспептического и болевого синдромов. В 76,6% случаев при ОКИ выявляли гипомоторную дискинезию желчного пузыря. Данные изменения сохраняются на протяжении 1-3 и более месяцев.

Включение в комплекс терапии больных ОКИ с аномалией развития желчного пузыря и функциональными расстройствами билиарного тракта в период реконвалесценции селективного миотропного спазмолитика мебеверина приводит к более быстрому купированию диспептических жалоб, восстановлению сократительной функции желчного пузыря.

Вывод. Полученные данные подчеркивают важность обязательного скринингового проведения УЗИ органов брюшной полости в острый период кишечных инфекций для выявления функциональных расстройств билиарного тракта и оптимизации терапевтической тактики, улучшения исходов заболевания.

Показана необходимость катамнестического наблюдения за детьми с функциональными расстройствами билиарного тракта с применением комплекса клинико-лабораторных и инструментальных методов в течение не менее 3 месяцев после перенесенной острой кишечной инфекции.

Установлена целесообразность исследования моторной функции желчного пузыря у детей с ультразвуковыми изменениями билиарного тракта при острых кишечных инфекциях для оценки функционального состояния билиарной системы.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эффективное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий при соматической патологии требует учета особенностей психологического статуса больных. Такой подход имеет особое значение в связи с задачей оптимизации качества жизни соматических больных.

В последние годы появляется все больше сообщений о возникающих затруднениях у больных вирусными гепатитами в осознании факта своего заболевания и как следствие нарушения различных аспектов жизни с изменением привычного социального поведения. Все острее звучит проблема снижения качества жизни пациентов с вирусными гепатитами. Отмечены случаи стигматизации и дискриминации больных хроническим гепатитом, в том числе и со стороны медицинского персонала.

Наряду с этим в практической работе врача-инфекциониста, при лечении больных вирусными гепатитами, психологические факторы лечебной работы считаются несущественными. В то же время компетенцией психиатра-консультанта в инфекционной больнице традиционно являются лишь острые психотические состояния. Вследствие этого пограничные психические нарушения, а также широкий спектр психологических реакций пациента на болезнь чаще всего остаются вне поля зрения клиницистов.

Цель исследования. Выявить особенности психосоматического статуса больных вирусными гепатитами В и С на стационарном этапе лечения.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты комплексного исследования психосоматического статуса 156 больных (80 женщин и 76 мужчин) острыми вирусными гепатитами В и С и 168 больных (83 женщины и 85 мужчин) хроническими вирусными гепатитами В и С, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении АОИБ.

Результаты исследования. Психологический статус больных вирусными гепатитами В и С на стационарном этапе лечения отличался от психологического статуса здоровых лиц наличием выраженной тревожности, проявлений аутизации, депрессивных расстройств, ипохондрических проявлений. Данные нарушения у больных острыми гепатитами в периоде выздоровления достоверно уменьшились. Психологический статус больных хроническими гепатитами за время стационарного этапа лечения не изменился.

Отношение к болезни у пациентов с острыми и хроническими вирусными гепатитами при поступлении в стационар определялось в основном смешанным типом (32,6% и 28,6%), характеризующимся преимущественным сочетанием эргопатического, сенситивного и тревожного типов. В период выздоровления у больных острыми гепатитами преобладал анозогностический тип (28,2%). У больных хроническими гепатитами характер отношения к болезни за время пребывания в стационаре достоверно не изменился.

У больных вирусными гепатитами В и С диагностирован уровень качества жизни более низкий, чем в контрольной группе в основном за счет «физического компонента здоровья» (шкалы физического функционирования, ролевого функционирования обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли и общего состояния здоровья).

Установлена статистически значимая зависимость психологического статуса больных вирусными гепатитами В и С от пола, возраста, уровня образования и занятости. Для мужчин в большей степени характерны проявления аутизации и ипохондрические проявления, для женщин - тревожные и депрессивные расстройства, сенситивный тип отношения к болезни, более низкий уровень качества жизни ($p < 0,01$). С повышением возраста пациентов увеличивается вероятность формирования тревожных расстройств ($0,3 < r < 0,7$). Средний уровень образования и отсутствие работы у больных вирусными гепатитами следует рассматривать как факторы, способствующие развитию нарушений психологического статуса.

Психокоррекционные мероприятия с использованием коллегиальной модели взаимоотношения врача и пациента, рациональной психотерапии, фармакотерапии препаратами оказывающими синергичное психо- и соматотропное действие приводят к снижению тревожности и депрессивных расстройств у больных вирусными гепатитами В и С.

Вывод. Результаты исследования позволяют отнести нарушения психологического статуса к практически важным составляющим клинической картины вирусного гепатита В и С, требующих своевременной коррекции на стационарном этапе лечения.

Установлена целесообразность использования психодиагностических тестовых методик (шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, самооценочная шкала депрессии Зунга, ТОБОЛ) для выявления нарушений психосоматического статуса пациентов поступивших в стационар.

Научно обоснована необходимость внедрения в комплекс лечения больных вирусными гепатитами психокоррекционных мероприятий с учетом индивидуальных психологических особенностей пациентов, что способствует повышению эффективности лечебно-реабилитационных программ.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХГС

Бойханова Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вирусный гепатит С привлекает внимание большого числа исследователей не только из-за своей широкой распространенности, но и, самое главное, из-за устойчивости к терапевтическому воздействию.

Стандартом лечения больных ХГС в настоящее время является комбинация препаратов интерферона и рибавирина. Однако, эффективность терапии невысока: 65-82% при не 1 генотипе ХГС и 45-65% при 1 генотипе. Спонтанная элиминация вируса наблюдается лишь у 15-25%, прогрессирование в хронический гепатит регистрируется более чем у 80%-85% больных острым гепатитом С (ОГС). При длительном течении инфекции высока вероятность развития цирроза печени, печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы.

Как показали некоторые исследователи, все это обусловлено нарушением баланса в системе иммунитета, в частности, нарушением продукции цитокинов.

Однако, данные литературы малочисленны и противоречивы. Кроме того, имеются лишь единичные работы, посвященные комплексному изучению системы иммунитета и цитокинов при естественном течении ХГС и на фоне лечения, не описана их динамика после окончания терапии в катамнезе. В связи с этим является актуальным проведение

дальнейшего исследования состояния иммунной системы и цитокинового профиля для более глубокого изучения патогенеза ХГС и определения роли этих систем в оценке эффективности противовирусной терапии

Цель исследования. Определить клинко-патогенетическое и прогностическое значение показателей системы иммунитета и цитокинов у больных хроническим гепатитом С на фоне противовирусной терапии.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 103 больных хроническим вирусным гепатитом С 85 мужчин (83%) и 18 женщин (17%) в возрасте от 21 до 57 лет Средний возраст пациентов составил 32 11 года $\pm$ 9 месяцев Преобладали лица молодого возраста - большинство наблюдавшихся пациентов (83%) были в возрасте 20-40 лет.

Результаты исследования. Эффективность противовирусной терапии зависит от генотипа, употребления наркотиков в анамнезе, получаемого ранее лечения и схемы терапии

У больных хроническим гепатитом С с не 1 генотипом устойчивый вирусологический ответ на комбинированную терапию отечественными препаратами (реаферон и рибамидил) зарегистрирован в 61% случаев, у больных с 1 генотипом - в 45%, при монотерапии реафероном - в 18% Эффективность противовирусной терапии была ниже у пациентов с отягощенным наркологическим анамнезом

Исходное состояние системы иммунитета у больных ХГС характеризуется сниженным содержанием основных субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4+, CD8+, CD4/CD8) Достоверно чаще на лечение отвечали пациенты с исходно нормальным соотношением субпопуляций Т-лимфоцитов

Цитокиновый профиль у больных ХГС характеризуется повышенным уровнем ИЛ-2, ИЛ-18 и ФНО-а при нормальной концентрации ИЛ-4 Вирусологический ответ чаще регистрируется при сохранении стабильно высоких значений ИЛ-2, ИЛ-18, при стабильно нормальном уровне ИЛ-4 или уменьшении его высокого уровня, а также при снижении исходно высокого содержания ФНО-а

Выявлены корреляционные взаимосвязи между показателями системы иммунитета и цитокинов у больных ХГС в зависимости от генотипа вируса, получаемого ранее лечения и ответа на противовирусную терапию

У всех ответивших регистрируется прямая корреляция между ИЛ-4 и ФНО-а до и после лечения, свидетельствующая, вероятно, об иммунном ответе по Th1-типу У неответивших до лечения наблюдается прямая корреляция между исходным содержанием CD4+ и ФНО-а, CD8+ и ИЛ-4, CD8+ и ФНО-а, и обратная корреляция между показателями CD4+ и ИЛ-18, что косвенно подтверждает иммунный ответ по Th2-типу

Объективными лабораторными критериями эффективности противовирусной терапии являются ранняя и стойкая нормализация активности трансаминаз, исходное нормальное соотношение основных субпопуляций Т-лимфоцитов, стабильно высокая концентрация ИЛ-2 и ИЛ-18, стабильно нормальное содержание ИЛ-4, уменьшение исходно высокого количества ФНО-а

Вывод. Показана достаточно высокая эффективность комбинированной терапии отечественными препаратами у больных ХГС.

Разработаны объективные лабораторные критерии эффективности противовирусной терапии

- ранняя и стабильная нормализация активности трансаминаз,
- исходное нормальное соотношение субпопуляций Т-лимфоцитов,
- стабильно высокая концентрация ИЛ-2, ИЛ-18,
- стабильное нормальное содержание ИЛ-4,

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ СТРЕСС – ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Болтабаев А.М., Абдуллаева К.А., Усманова Д.Н., Узбекова Н.Р., Кабулжанова М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остается на первом месте. Один из путей снижения смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) – ранняя диагностика ИБС и своевременно начатое лечение.

Цель исследования. Изучить роль и возможности стресс-доплер-эхокардиографии в диагностике ИБС.

Материалы и методы исследования. Контрольную группу составили 20 условно здоровых пациентов в возрасте от 40 до 60 лет ($49,1 \pm 2,98$) без клинических проявлений ИБС и отсутствием ее основных факторов риска. В зависимости от клиники, результатов исследования больные были разделены на 2 группы. 1 группу больных составили 20 условно здоровых мужчин в возрасте от 37 до 61 лет ($49,2 \pm 2,87$) с наличием двух факторов риска развития ИБС. II группу вошли 20 мужчин в возрасте от 39 до 64 лет ($49,5 \pm 3,01$) с типичными приступами стенокардии напряжения. Всем обследованным больным была применена методика тканевой стресс-ДэхоКГ с физической нагрузкой. В качестве стресс-агента использовалась физическая нагрузка по методике. Больному за 2 суток перед проведением стресс-эхоКГ отменялись бета-адреноблокаторы, сердечные гликозиды, антагонисты кальция и нитраты. Тканевая стресс-ДэхоКГ проводилась в режиме визуализации из парастернальной позиции на уровне сосочковых мышц по длинной оси (PLax) и по короткой оси (SaxPM), апикальной 4 –х камерной (4Ch) и 2-х камерной (2Ch) позиции, а также с применением импульсно-волнового режима продольного тканевого доплера. Определялись систолические региональные параметры сократимости миокарда в основных бассейнах кровоснабжения: передней нисходящей артерии (ПНА), огибающей артерии (ОА), правой коронарной артерии (ПКА). Оценивался прирост максимальной сегментарной систолической скорости (МСС) для каждого из сегментов на всех этапах стресс-теста. Тканевой стресс-ДэхоКГ тест считался положительным при снижении МСС для любого из сегментов на последующем этапе пробы.

Результаты исследования. Показатели МСС в покое при стресс-ДэхоКГ в контрольной группе ($n=20$). Показатели МСС на разных этапах стресс-ДэхоКГ в контрольной группе имеется прямая линейная зависимость между приростом МСС и стадией стресс-теста. Так, отмечается прирост МСС в среднем в 1,31 раза, а при комбинированном стресс-ДэхоКГ тесте – в среднем в 1,87 раза. У пациентов без клинических проявлений ИБС с отсутствием основных факторов риска с положительной ВЭМ-пробой ($n=20$) чувствительность и специфичность комбинированной стресс-ДэхоКГ составили 100

% ($p<0,001$). Установлено, что у 90,0 % пациентов данной группы с патологическими изменениями сегмента ST отсутствовало поражение коронарного русла ($p<0,05$). В группе больных с впервые возникшей стенокардией, наличием 2-х и более факторов риска ИБС и отрицательной ВЭМ пробой отмечали атеросклеротическое поражение КА у 70,0%. Результаты комбинированной стресс-ДэхоКГ полностью соответствовали таковым при КАГ как по локализации пораженной артерии, так и по распространенности патологического процесса ($p<0,001$).

Заключение. Комбинированная стресс-доплерэхокардиография может успешно применяться как для формирования групп пациентов, подлежащих коронарографии, так и для оценки эффективности ангиохирургического лечения ИБС.

ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Ботирова Н.Б., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Юсупов А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью работы явилось изучение распространенности нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы: Обследована группа из 54 больных стенокардией, госпитализированных в клинику АГМИ в отделение кардиологии. Среди пациентов было 32 женщины и 22 мужчин в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст $50,6 \pm 0,7$ лет). Первую группу составили 24 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, вторую группу составили 30 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялись при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм. и более косовосходящей депрессии ST на 1,5 мм. и более длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторирования.

Результаты: «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдалось два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном, это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудочкового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих НРС (в основном – экстрасистол) резко (в 5–27 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 40 больных выявлено $3,65 \pm 0,23$ эпизода, тогда как только $1,98 \pm 0,13$ из них сопровождались появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных Холтеровского мониторирования обращает внимание, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 33 случаях. Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3%, 40% и 43,3% соответственно, $p<0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Заключение: вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть, более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОТУЛИЗМОМ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 2012-2019 ГОДЫ

*Туйчиев Л.Н., Максудова З.С., Бурибаева Б.И.
Ташкентская медицинская академия
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Пищевые отравления являются одной из глобальных проблем человечества. По данным Всемирной организации здравоохранения около 200 болезней вызваны потреблением некачественной пищи и неочищенной воды. Одной из самых тяжелых форм пищевого отравления является ботулизм. В тяжелых случаях может привести даже к летальному исходу, поэтому борьба с этой проблемой остается актуальной проблемой здравоохранения [1,2].

Цель исследования. Сравнительное исследование заболеваемости ботулизмом в Республике Узбекистан за 2012 по 2019 годы.

Методы исследования. Анализ данных центра санитарно-эпидемиологического надзора Республики Узбекистан о заболеваемости ботулизмом в период с 2012 по 2019 годы.

Результаты и обсуждение. Согласно анализу данных Государственного центра санитарно-эпидемиологического надзора Республики Узбекистан заболеваемость ботулизмом в Республике Узбекистан практически оставалась одинаковой. Только к 2018 году уровень заболеваемости снизился в 1,2 раза по сравнению с 2012 годом. На протяжении этих лет самый высокий показатель был лишь в 2017 году (43 случая).

Анализ заболеваемости ботулизмом за 2012 по 2019 годы по регионам показал, что наибольшее количество случаев заболевания в 2012-2019 гг. было в Кашкадарьинской ($5,9 \pm 1,1$) и Самаркандской ($5,7 \pm 0,54$) областях. Средние показатели заболеваемости ботулизмом наблюдались в Ферганской ($3,9 \pm 0,4$), Наманганской ($3,7 \pm 0,83$), Джизакской ($3,3 \pm 1,0$), Ташкентской областях ($3,3 \pm 0,75$) и в городе Ташкент ($3,4 \pm 0,6$). В Андижанской ($1,7 \pm 0,8$), Бухарской ($1,1 \pm 0,85$), Сурхандарьинской ($1,3 \pm 0,52$) и Сырдарьинской ($1,3 \pm 0,53$) областях показатель был низким. В Хорезмской области в 2014 году был отмечен только один случай ботулизма. В Республике Каракалпакстан средняя заболеваемость ботулизмом за 2012 по 2019 годы составила $0,4 \pm 0,02$, а в 2016, 2017 и 2018 годах был отмечен только 1 случай.

Анализ смертности от ботулизма за эти годы показал, что количество смертей за последние 2 года сократилось в 4,3 раза по сравнению с 2016 годом, и к 2019 году было всего 3 смерти. Аналогичная ситуация была типичной для 2013 года, когда по сравнению с 2012 годом число смертей в этом году уменьшилось в 3,7 раза, но в последующие годы этот показатель постепенно увеличивался и достиг самого высокого уровня в 2016 году (13).

На следующем этапе исследования, когда на протяжении многих лет изучали причины ботулизма, было обнаружено, что употребление консервированных огурцов и помидоров, приготовленных в домашних условиях, остаются основной причиной ботулизма ($71,3 \pm 2,2\%$). Пищевые отравления также были связаны с употреблением консервированных овощей ($16,5 \pm 2,4\%$) и баклажановой икры ($7,3 \pm 1,8\%$) домашнего приготовления. Среди редких причин были: фруктовые варенья, компоты, копченая рыба, копченая колбаса, консервированный зеленый горошек, маринованное козье мясо.

Из анамнеза пациентов, лечившихся ботулизмом в клинике научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии и инфекционных заболеваний Республики Узбекистан, было обнаружено, что 36,0% пациентов имели плохое водоснабжение дома и что эти пациенты жили за пределами города.

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что заболеваемость ботулизмом в Республике Узбекистан за 2012 по 2019 годы находится на одном уровне, тенденции к снижению или увеличению не отмечалось.

В период с 2012 по 2019 год основными причинами, вызывающими ботулизм, оставались консервированные огурцы и помидоры домашнего приготовления ($71,3 \pm 2,5\%$), которые не изменились за эти годы. Это указывает на необходимость укрепления санитарно-просветительской работы среди населения и улучшения водоснабжения. За последние 2 года смертность снизилась в 4,3 раза (3 случая смерти в 2019 году). Это указывает на улучшение диагностики ботулизма.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

*Кааландаров Д.М., Бустанов О.Я., Маджидова Ё.Н., Насирдинова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Данные зарубежных и российских авторов свидетельствуют о том, что в общей популяции гиперкоагуляционное состояние при АФС встречается у 5% населения, среди которых преобладают лица молодого возраста. У одних больных АФС проявляется преимущественно венозными тромбозами, у других – инсультом, у третьих – акушерской патологией или тромбоцитопенией. Отмечают склонность к рецидивированию инсульта при АФС, ему часто предшествуют транзиторные ишемические атаки. Характерно быстрое регрессирование симптоматики.

Некоторые нарушения мозгового кровообращения протекают без симптомов и оказываются случайной находкой при магнитно-резонансной томографии. Рецидивирующие инсульты приводят к развитию мультиинфарктной деменции. Именно склонность к инсультам (артериальным) выделяет и дифференцирует АФС от других менее опасных гиперкоагуляционных синдромов, таких как мутация фактора V Лейдена.

Материал и методы исследования: Обследовано 76 больных цереброваскулярной патологией в неврологическом стационаре клиник АГМИ. У 48 обследованных было выявлено наличие в анамнезе ревматологического процесса. Всем больным было проведено клинико-неврологическое, лабораторное (исследование МНО), ультразвуковое (УЗДГ) и нейровизуализационные методы исследования. Кроме того было проведено иммунологическое исследование на выявление волчаночного коагулянта.

Обсуждение: Ультразвуковая транскраниальная доплерография проведена 39 пациентам РА. По данным УЗТКДГ линейная скорость кровотока по ПОСА составила у больных СВ $78,4 \pm 44,2$ см/с, по ЛОСА - $68,3 \pm 41,7$ см/с; по ПВСА - $62,3 \pm 9,9$ см/с, по ЛВСА - $61,8 \pm 9,3$ см/с и были достоверно ($p < 0,01$) ниже, чем в группе сравнения ($80,3 \pm 4,3$ см/с и $83,3 \pm 9,1$ см/с соответственно); по ПСМА - $80,4 \pm 29,2$ см/с, ЛСМА - $69,6 \pm 16,8$ см/с и были выше, чем в группе сравнения ($46,3 \pm 23,1$ см/с и ЛСМА - $52,2 \pm 24,5$ см/с); по ППА - $34,1 \pm 15,6$ см/с, по ЛПА - $30,6 \pm 9,1$ см/с были достоверно ($p < 0,01$), чем в группе сравнения ($52,2 \pm 14,8$ см/с и ЛПА — $54,4 \pm 18,7$ см/с). У пациентов РА выявлялись более высокие показатели ЛСК по СМА и более низкие - по ВСА и ОСА. МРТ исследования выявили грубые органические изменения связанные с длительностью ревматологического процесса. Данные изменения отражали большую наклонность к ангиоспастическим реакциям экстрацеребральных артерий у пациентов РА. Резюмируя выявленные изменения при ревматологических заболеваниях можно сказать, что данные УЗДГ и МРТ позволяют выявить изменения как гемодинамические, так и структурные, и могут быть основанием для формулирования диагноза антифосфолипидного синдрома при ревматологических заболеваниях в сочетании с неврологическими нарушениями и иммунологическими показателями АФС. Цереброваскулярная патология была выявлена у всех обследованных больных, начиная с признаков начальной недостаточности вплоть до дисциркуляторной энцефалопатии с грубыми когнитивными нарушениями.

Вывод: Ревматологические процессы очень часто осложняются цереброваскулярной патологией. Иммунологические исследования показали, что в основе многих ЦВЗ на фоне ревматологического процесса лежит АФС со склонностью к тромбообразованию. Прогрессирование цереброваскулярной патологии сопровождается увеличением числа вовлеченных в патологический процесс церебральных сосудов и ухудшением в них кровотока. Это коррелирует с нарастанием структурных изменений головного мозга (по данным МРТ).

НОВЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Каландаров Д.М., Бустанов Ш.Я.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов, за последние 10-15 лет отмечается увеличение продолжительности жизни населения, и, соответственно, возрастает доля больных старше 60 лет. Согласно геронтологической классификации всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к пожилому возрасту относят пациентов от 60 до 74 лет, к старческому - от 75 до 89 лет. Лечение лиц пожилого и старческого возраста является сложной и важной проблемой. Важность ее определяется тем, что сердечно-сосудистые болезни занимают первое место в структуре заболеваемости, а у людей пожилого возраста они протекают тяжелее, чаще ведут к осложнениям, смертельным исходам, причем, в каждом последующем 5-лети жизни смертность на 100 тыс. населения увеличивается в 2-2,5 раза.

Существует тесная взаимосвязь между старением и сердечно-сосудистыми заболеваниями: к физиологическим возрастным изменениям у лиц пожилого и старческого возраста часто присоединяются нарушения, связанные с заболеванием; среди лиц старших возрастных групп резко увеличивается распространенность атеросклероза, ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), сосудистых заболеваний мозга. Все это иногда кардинально влияет на тактику ведения больных, лимитируя объем вмешательств, заставляя отказываться от радикальных методов лечения, сводя их к симптоматической терапии.

Цель исследования. Изучить возможности медикаментозной и эндоваскулярной коррекции коронарной, миокардиальной и цереброваскулярной недостаточности у больных инфарктом миокарда (ИМ) пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Результаты стационарного этапа оценивали у 137 пациентов с вышеуказанной сопутствующей патологией. Средний возраст пациентов составил 68,03 (медиана 67, интерквартильный размах 64-71) лет. Все пациенты были доставлены бригадами скорой медицинской помощи в среднем через 8,8 часов от начала ангинозного приступа. Среди поступивших пациентов пожилого возраста преобладали мужчины - 84 (61,3 %), количество женщин составило 53 (38,7%) соответственно.

Результаты исследования. У больных пожилого возраста с манифестирующими клиническими, ЭКГ и лабораторными признаками ИМ в 84,6 % случаев регистрируется предшествующая длительная АГ, в 62 % случаев стенозирующий атеросклероз ВСА с малосимптомными клиническими проявлениями. У 85 % больных данной категории острый период ИМ протекает с осложнениями, в том числе - сердечной недостаточностью более I класса по КлШр -19,2%, желудочковыми аритмиями выше II класса по Лауну-55,4%, стационарная летальность при этом составляет 16,01% и статистически превышает таковую у пациентов до 60 лет.

У больных пожилого возраста определена сильная корреляционная зависимость между суммарным индексом поражения КА и миокардиальной сердечной недостаточностью, прямая непрерывная зависимость между продолжительностью анамнеза АГ и наличием стенозирования ВСА с клиническими проявлениями хронической ишемии головного мозга. У больных пожилого возраста с признаками хронической ЦВН назначение антагониста кальция III поколения амлодипина в первые 24 часов от начала развития симптомов ИМ в составе комбинированной консервативной терапии безопасно, не вызывает нарастания сердечной, коронарной и цереброваскулярной недостаточности, способствует стойкой нормализации систолического и диастолического АД.

Интропная стимуляция кальциевым сенситизатором левосименданом в сочетании с миокардиальной разгрузкой у больных ИМ пожилого возраста с признаками дисфункции ЛЖ способствует регрессу СН, увеличению скорости кровотока по ВСА, клиническому улучшению мозгового кровообращения, в том числе у больных с признаками многососудистого протяженного стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, не подлежащего эндоваскулярной реваскуляризации.

У больных ИМ пожилого возраста с признаками локального стеноза коронарных артерий, ХИГМ эндоваскулярная реваскуляризация симптом связанной артерии в первые 12 часов от начала острого коронарного события безопасна, не вызывает больших геморрагических осложнений, способствует восстановлению перфузии миокарда, увеличению скорости по ЭКА, уменьшению признаков церебральной ишемии. В течение 12 месяцев постгоспитального наблюдения у этой категории больных достоверно реже регистрируются смертельные исходы (10,65% против 21,9%), частота обострений ИБС (29,8% против 63,6%), ЦВБ (8,5% против 24,4%) по сравнению с группой без эндоваскулярных методов лечения, что обусловлено исходно более тяжелым поражением коронарного и церебрального бассейнов у таких больных.

Вывод. Результаты выполненной работы позволяют при остром коронарном синдроме у больных пожилого и старческого возраста с учетом клинических особенностей течения заболевания, показателей внутрисердечной гемодинамики, проводить дифференцированную терапию, включающую ферментативную и эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда. Применение негликозидного инотропного стимулятора левосимендана с бета-блокатором карведилолом после эндоваскулярной реваскуляризации симптомзависимой артерии (СЗА) при ИМ с признаками сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста безопасно, способствует регрессу сердечной недостаточности, что позволяет рекомендовать эту комбинацию у данной категории больных. Повышение выживаемости пациентов в течение 12 месяцев наблюдения после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда дает возможность более широко рекомендовать этот метод лечения у больных ОКС с подъемом сегмента ST пожилого и старческого возраста в максимально ранние сроки заболевания.

АРТЕРИАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*Каландаров Д.М., Бустанов Ш.Я.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хроническая окклюзия коронарных артерий (ХОКА) характеризуется тотальной облитерацией просвета сосуда на фоне атеротромбоза, длительностью более 3 месяцев. Выделяют два типа окклюзии коронарных артерий: I тип - функциональная окклюзия, которая характеризуется по шкале оценки коронарного кровотока TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction), кровотоком TIMI-O (отсутствие антеградного кровотока) или TIMI-I (частичное просачивание контраста ниже точки окклюзии), пораженным участком, наличием минимального просвета и возможностью контрастировать дистальный участок артерии и провести коронарный проводник; II тип - тотальная окклюзия, при которой невозможно контрастировать дистальный участок коронарной артерии.

Срок существования («возраст») окклюзии определяется, как время от первого появления клинических признаков заболевания, косвенно указывающих на возможность развития в этот период окклюзии, или от результатов предшествующего обследования до ангиографического подтверждения факта наличия окклюзии.

Реваскуляризация миокарда является общепринятым и эффективным методом лечения ИБС уже на протяжении полувека. Прямая реваскуляризация миокарда осуществляется хирургическими и эндоваскулярными методами. Наибольшее применение получило аортокоронарное шунтирование и транслюминальная баллонная ангиопластика, а впоследствии стентирование коронарных артерий, объединенные общим термином «чрескожные коронарные вмешательства».

Цель исследования. Оценить эффективность аутоартериальной реваскуляризации миокарда для улучшения результатов комплексного лечения больных ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы исследования. Клинический материал исследования составили 293 последовательных больных ИБС, которым в клинике АГМИ.

Результаты исследования. У больных ИБС с многососудистым поражением аутоартериальная реваскуляризация миокарда, по сравнению с традиционными операциями, сопровождается снижением летальности и частоты послеоперационных осложнений (кровотечений, периоперационных ИМ, аритмий и ОНМК).

Аутоартериальная реваскуляризация, в сравнении с классической операцией КШ, в отдаленном послеоперационном периоде сопровождается повышением показателя выживаемости (на 3,5%), снижением частоты развития ИМ (на 3,5%), меньшим числом рецидивов стенокардии (на 14,4%) и улучшением качества жизни.

Использование аутоартериального композитного шунтирования и операции на работающем сердце, в сравнении с традиционным коронарным шунтированием, позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, снизить частоту рецидивов

стенокардии (на 15,5%), частоту развития ИМ (на 5,7%) и улучшить выживаемость (на 4,6%). Внутренние грудные артерии и артериальные композитные шунты имеют лучшую проходимость (ЛВГА - 100%, ПВГА - 95,5%, композитные шунты - 95,8%), в сравнении с лучевой артерией (ЛА - 90,9%). Функционирование артериальных шунтов зависит от выраженности стенозов в шунтируемых артериях.

Проведение артериальной реваскуляризации миокарда у пациентов с высоким риском осложнений, в сравнении с традиционным коронарным шунтированием, сопровождается лучшими показателями "свободы от стенокардии и инфаркта миокарда" в отдаленном послеоперационном периоде.

Вывод. Таким образом, до сих пор при многих клинических ситуациях нет четких доказательств эффективности того или иного метода реваскуляризации миокарда. При анализе результатов коронарного шунтирования и чрескожных коронарных вмешательств у больных с хронической окклюзией коронарных артерий, различными авторами приводятся, зачастую, противоречивые данные. При этом число исследований, проведенных в соответствии с принципами доказательной медицины, невелико. В настоящее время результаты клинических исследований убедительно доказали большую эффективность стентов с лекарственным покрытием в сравнении с обычными стентами. Это создаёт условия для повышения эффективности эндоваскулярной реваскуляризации миокарда и получить отдаленные результаты сопоставимые с открытыми хирургическими методами лечения.

Дальнейшее накопление опыта и анализ отдаленных результатов могут позволить сделать окончательные выводы об эффективности различных методов реваскуляризации миокарда у пациентов с хронической окклюзией коронарных артерий.

АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ, ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Каландаров Д.М., Бустанов Ш.Я.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Атеросклероз характеризуется образованием неоднородных бляшек (атером) в интима средних и крупных артерий; бляшки содержат липиды, воспалительные клетки, гладкомышечные клетки и соединительную ткань. Факторы риска включают дислипидемию, сахарный диабет, курение, семейную предрасположенность, сидячий образ жизни, ожирение и АГ.

Симптомы появляются с увеличением размеров или при разрыве бляшки, когда уменьшается или прекращается кровоток; картина заболевания зависит от пораженной артерии. Диагноз устанавливается клинически и подтверждается ангиографией, УЗИ или другими визуализирующими исследованиями. Лечение включает устранение факторов риска, модификацию образа жизни и диеты, физическую активность и назначение антиатерогенных средств.

Цель исследования. Определить связь показателей жесткости магистральных сосудов с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и выраженностью атеросклероза коронарных артерий, а также их прогностическую значимость у больных ИБС. Оценить возможности медикаментозной коррекции повышенной артериальной жесткости в условиях амбулаторного ведения.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 410 пациентов с ИБС: 287 мужчин и 123 женщины в возрасте от 39 до 78 лет. 312 пациентов составило группу длительного наблюдения. 128 пациентов были обследованы в рамках протоколов с «медикаментозным вмешательством», только 30 из них (протокол с небивололом) вошли в группу длительного наблюдения.

Результаты исследования. Параметры артериальной жесткости, полученные при использовании нового автоматизированного метода - объемной сфигмографии - связаны с большинством классических факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов обоего пола. Основной вклад в формирование величины «плечелодыжечной» скорости пульсовой волны (СПВпл) вносят возраст и среднее АД; наиболее значимыми детерминантами кардиолодыжечного сосудистого индекса (КЛСИ) являются возраст и пульсовое АД. Существенных тендерных отличий в наборе влияющих факторов не выявлено.

Жесткость крупных артерий ассоциирована с выраженностью коронарного атеросклероза у мужчин с ИБС. СПВпл является независимым маркером стенозирующего поражения коронарных артерий, а ее значение выше 12,4 м/с увеличивает шанс пациента иметь стеноз коронарных артерий >75% в 4,6 раза (чувствительность-0,71, специфичность-0,71).

Жесткость магистральных артерий показала себя независимым предиктором прогноза у мужчин с ИБС. СПВпл 14,0 м/с и более повышает риск развития ССО в 4,6 раза ($p<0,001$), сохраняя свое значение и после введения поправок на традиционные факторы риска. В то же время связь классических модифицируемых факторов риска с прогнозом на фоне регулярной рекомендованной терапии не достигает уровня статистической значимости (за период наблюдения в 3,5 года).

У женщин с ИБС не выявлено связи исходных показателей артериальной жесткости с прогнозом. Вероятность развития ССО в этой группе определяли

классические факторы риска (отягощенная наследственность, уровень АД, суммарный риск, рассчитанный по шкале SMART).

Уменьшение артериальной жесткости является значимым предиктором благоприятного прогноза у пациентов с ИБС обоего пола, независимо от динамики других факторов риска. Отсутствие снижения СПВпл через 6 месяцев увеличивает риск развития ССО в последующие 3 года в 5,9 раза у женщин и в 3,8 раза у мужчин с ИБС.

Кардиолодыжечный сосудистый индекс (показатель жесткости сосудов, скорректированный на уровень артериального давления) не имеет преимуществ перед СПВпл при оценке прогноза больных ИБС, но позволяет выявить изменения эластических свойств сосудистой стенки на фоне длительного медикаментозного лечения.

Длительная терапия ингибитором АПФ эналаприлом, (3-блокатором небивололом и ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы аторвастатином приводит к снижению артериальной ригидности у больных ИБС. 4-хнедельный прием изосорбида-5-моонитрата не оказывает влияния на эластические свойства магистральных артерий.

Вывод. В заключение необходимо сказать, что улучшения механических свойств артерий можно достичь с помощью терапии ИАПФ эналаприлом, р-блокатором с дополнительными вазодилатирующими свойствами небивололом и ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы аторвастатином. Причем первые результаты могут быть получены уже через 3 месяца лечения. Для определения возможностей коррекции жесткости магистральных артерий пролонгированными нитратами требуются дальнейшие исследования.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АНАМНЕЗЕ (КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Валиева З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический гепатит С (ХГС) является одним из наиболее распространенных в мире инфекционных заболеваний, вызывает тяжелые медицинские и социальные последствия. По оценкам ВОЗ, в странах Западной Европы и США ХГС больны 1,2%-1,8% населения. По данным российской и мировой медицинской статистики, заболеваемость ХГС продолжает расти.

Адекватная противовирусная терапия (ПВТ) ХГС всегда включает препараты интерферона-альфа (отдельно или в комбинации с другими противовирусными средствами). Интерферон необходимо применять длительно, в высоких дозах.

Применение интерферона-альфа способствует возникновению психопатологической симптоматики при лечении различных заболеваний. У больных ХГС, включаемых в программу ПВТ, повышается риск развития депрессии. Другие психические расстройства встречаются значительно реже.

Цель исследования. Целью работы являлось клинико-психопатологическое исследование аффективных расстройств у больных хроническим гепатитом С и разработка дифференцированных методов психотерапии данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Учитывая цели настоящего исследования, был проведен скрининг среди больных хроническим гепатитом С. В исследование включались больные в возрасте старше 18 лет, находившиеся на лечении в АОПНД.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало высокую распространенность психических расстройств у больных хроническим гепатитом С. У всех обследованных больных наблюдалась астеническая симптоматика разной степени выраженности. Психопатологическая симптоматика более высокого ранга встречалась у 68% больных. Среди них преобладали депрессивные расстройства (57,7%).

Депрессии у больных хроническим гепатитом С отличались полиморфизмом, изменчивостью. При синдромальном распределении преобладали тревожные (40,8%), адинамические (20,4%) и дисфорические (18,4%) формы депрессий. Реже встречались апатическая (12,2%) и тоскливая (8,2%) депрессии. Адинамические формы преобладали среди больных хроническим гепатитом С без противовирусной терапии, в то время как у больных, получавших интерфероновую терапию, достоверно чаще развивалась тревожная и дисфорическая депрессия. Преобладание тревожно-депрессивной симптоматики, свойственное соматогениям, отмечено многими авторами, а некоторые указывают на адинамическую депрессию, как характерную именно для больных ХГС.

При проведении сравнительной оценки клинической картины и анамнестических данных между группой больных, у которых развилась аффективная симптоматика и больными, у которых депрессивных расстройств не отмечалось, были достоверно выявлены положительные предикторы развития депрессии у больных хроническим гепатитом С: аффективная патология в анамнезе; расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами; расстройства личности; сопутствующий психоорганический синдром. Также с достаточной достоверностью ($p=0,05$) было показано, что у больных с наследственной отягощенностью по психической патологии депрессия развивается чаще. Клинико-биохимическая характеристика основного заболевания и демографические показатели не оказывали влияния на вероятность развития депрессии у больных ХГС. Отмечена тенденция к преимущественному развитию депрессии у больных с генотипом вируса За по сравнению с 1В и 2А.

В нашем исследовании не было получено достоверных данных, что у больных хроническим гепатитом С, получавших интерфероновую терапию, депрессивные расстройства развиваются чаще, чем у больных без лечения (61% и 57% соответственно).

Выводы. Проведенное исследование выявило, что более чем у половины обследованных больных хроническим гепатитом С имеют место депрессивные расстройства, преобладают депрессии умеренной и тяжелой степени выраженности.

Депрессивные нарушения при хроническом гепатите С характеризуются сложностью, изменчивостью, полиморфизмом, преобладанием тревожной, адинамической и дисфорической симптоматики.

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Валиева З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностика и лечение больных эхинококкозом за последние 30 лет претерпели большие изменения. Выявлены многие морфологические особенности паразита, определена стратегия сохраняющей хирургии эхинококкоза.

О географической распространенности заболевания может свидетельствовать тот факт, что оно не выявлено только в Арктике и Антарктике. Заболеваемость напрямую связана с санитарной культурой и достигает максимума у населения в регионах, где годовая температура составляет около 10–20 °С. В экономически развитых странах рост заболеваемости в основном обусловлен иммиграцией и туризмом. Неосведомленность врачей в проблеме эхинококкоза приводит к поздней диагностике, отсутствию санитарно-профилактических мер и как следствие – к неадекватному лечению больных эхинококкозом.

Цель исследования. Изучить методы диагностики эхинококкоза печени.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 76 пациентов с диагнозом эхинококка печени.

Результаты исследования. Одним из наиболее эффективных методов диагностики объемных поражений печени является ультразвуковое исследование. Неосложненная эхинококковая киста представляет собой сферическое образование правильной формы с гладкими стенками, жидким содержимым. Могут выявляться дочерние кисты в виде септ, округлых образований внутри кист, локализованных утолщений стенки кисты или компактных эхонегативных участков. При осложненном цистном эхинококкозе наблюдается изменение эхосигналов, их нерегулярность, угасание части из них свидетельствует о некротических изменениях содержимого кисты. Контуры кисты теряют свою четкую очерченность. При частичной гибели кисты, отслоении кутикулярной оболочки от фиброзной стенки наблюдается феномен «трещины стенки», или «плавающей оболочки».

При вскрытии кисты в желчный проток или брюшную полость наблюдается уменьшение размеров кист. При толстостенных и кальцифицированных кистах регистрируются сильные эхосигналы от передней стенки кисты, за которой выявляется как бы ультразвуковая дорожка. На компьютерных томограммах эхинококковые кисты визуализируются в виде участков гомогенно пониженной плотности с четкими ровными контурами. Могут выявляться дочерние кисты, некротические участки и кальцифицированная оболочка. Границы инфицированных кист менее четкие, кисты могут содержать воздух, «плавающие» оболочки кисты.

Выводы. Заболеваемость эхинококкозом в Республике Узбекистан имеет тенденцию к возрастанию, наибольшее число случаев заболевания регистрируется в зоне долин; его распространенность обусловлена плотностью народонаселения, низкой санитарно-просветительной работой, неудовлетворительными материально-бытовыми условиями проживания, отсутствием массовых профилактических осмотров.

Неинвазивность, быстрота, простота и в силу эффективности ультразвуковое исследование является основным методом в комплексной диагностике и интраоперационной профилактике эхинококкоза печени и органов брюшной полости, а в сочетании с компьютерной томографией позволяет в 100% случаев установить точную локализацию паразита и решают выбор, объем, тактику хирургического вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кадыров Д.А., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

По-прежнему остаются острыми вопросы эпидемиологического изучения и контроля предгипертензии на уровне популяции с целью предупреждения артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений.

Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижане

Целью нашей работы явилось сравнительное изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Результаты: Средние значения систолического артериального давления (САД) составляют у женщин – $121,2 \pm 1,08$ и у мужчин – $122,9 \pm 1,40$ мм рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) – по $77,2 \pm 0,59$ и $76,8 \pm 0,70$ – соответственно ($P_1 > 0,05$, $P_2 > 0,05$).

Средние уровни САД и ДАД в общей популяции $\geq 15-70$ лет составили – $122,1 \pm 0,90$ и $77,0 \pm 0,47$ мм рт.ст. соответственно.

В различных возрастных группах средние значения САД и ДАД отмечались различиями в уровнях следующим образом соответственно: в 15-19 лет – $106,3 \pm 1,07$ и $67,5 \pm 0,94$ мм рт.ст., в 20-29 лет – $111,1 \pm 0,81$ ($P < 0,05$) $71,4 \pm 0,44$ ($P > 0,05$), в 30-39 лет – $115,8 \pm 1,24$ ($P < 0,05$) и $74,0 \pm 0,74$ ($P < 0,05$), в 40-49 лет – $126,8 \pm 1,94$ ($P < 0,05$) и $80,2 \pm 1,08$ ($P < 0,05$), в 50-59 лет – $137,7 \pm 2,99$ ($P < 0,05$) и $85,3 \pm 1,41$ ($P < 0,05$), в 60-69 лет – $144,5 \pm 3,79$ ($P < 0,05$) и $86,5 \pm 1,68$ ($P < 0,05$), в 70 лет и старше – $142,5 \pm 6,32$ ($P < 0,05$) и $87,6 \pm 3,17$ мм рт.ст. ($P < 0,05$).

В возрастном диапазоне $\geq 15-70$ лет прирост АД составил в среднем для САД $36,2$ мм рт.ст. и для ДАД – $20,1$ мм рт.ст. ($P < 0,05$).

Считают, что повышение АД в детстве или в подростковом возрасте связано с физиологическим ростом и половым созреванием индивидуума, а во взрослой популяции и у пожилых – этот процесс можно объяснить в определенной степени различиями в интенсивности биологических процессов или атеросклеротическим ремоделированием сосудов

Нами была прослежена частота распространенности ПрГ на уровне относительных величин у обследованной популяции.

Таким образом: прослеживалась существенно высокая частота ПрГ среди обследованной популяции (26,5%) по сравнению с литературными данными. При этом частота ПрГ была в 1,3 раза выше у мужчин (30,0%), чем у женщин (23,2%), $P < 0,05$.

ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э., Салахитдинов З.С., Максумова Д.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

До настоящего времени, несмотря на усилия ученых и практиков сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), особенно артериальная гипертензия (АГ) у женщин репродуктивного возраста остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Поэтому в нашей стране политика государства и деятельность учреждений здравоохранения направлена, в первую очередь, на раннее обнаружение и предупреждение наиболее распространенных экстрагенитальных патологий, среди которых большую часть составляют ССЗ, в частности АГ, являясь одной из главных причин материнской смертности, несмотря на резкое снижение её в последние десятилетия.

Одна из главных задач практического здравоохранения и приоритетных направлений профилактической науки в Узбекистане – оздоровление женщин репродуктивного возраста. Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается на государственном уровне. По данным литературы известно, что хронические неинфекционные заболевания – наиболее частые болезни у женщин детородного возраста.

Цель исследования. Изучить распространенность артериальной гипертонии с учетом вышеуказанных данных среди неорганизованного женского населения г. Андижана.

Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения, проживающего в городе Андижане.

Общая частота встречаемости АГ среди женщин обследуемой группы составила 22,3% - 250 женщин с АГ. Из них с первичной (эссенциальной) гипертонией – 87 человек, что составляет 64,4% от общего числа женщин с АГ, вторичная составляет 35,6%, соответственно 48 случая АГ среди исследованной группы женщин.

Из вторичных АГ на долю гипертензий почечного происхождения в нашем случае приходится 81,5% от всех вторичных гипертензий или 29% от общего числа женщин с АГ. 14,6% от всех вторичных гипертензий или 5,2% от общего числа женщин с АГ составила группа с эндокринной патологией и 3,9% или 1,4% соответственно – с гемодинамической АГ.

Даже по предварительным данным исследования уже можно сделать соответствующие выводы о частоте встречаемости АГ у женщин фертильного возраста, а также отразить структуру АГ по этиологическому принципу. Это еще раз доказывает актуальность проблемы, необходимость эпидемиологического исследования, являющегося доступным, информативным, позволяющим раннее обнаружение и предупреждение заболевания, что несомненно позволит своевременному проведению адекватной профилактики, антигипертензивного лечения, а также формирования здорового образа жизни.

АСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН

*Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Максумова Д.К., Ганиева И.У., Кадыров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Повышение артериального давления по литературным данным чаще всего наблюдается у женщин в период полового созревания, беременности, во время родов и в послеродовой период, что связано с гормональной перестройкой и особенно опасно как для женщины, так и для развития плода. Немаловажно определить наличие артериальной гипертензии на раннем этапе её развития, что помогло бы предотвратить грозные её последствия. Существует много методик в данном направлении, но тем не менее для разработки эффективных мер по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии необходимы эпидемиологические сведения её распространенности в современной популяции с учетом этнической особенности, социального и образовательного статуса, характеристики питания, избыточной массы тела на ранних стадиях развития.

Цель исследования. Изучить распространенность артериальной гипертензии с учетом вышеуказанных данных среди неорганизованного женского населения г. Андижана.

Материалы и методы.

Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения, проживающего в городе Андижане.

АГ и другие ФР выявлены путем поэтапного использования скрининговых, клинических, биохимических, функциональных и инструментальных методов исследования.

Результаты. Среди женской популяции основные эпидемиологические факторы риска развития артериальной гипертензии установлены с различиями в следующих уровнях: низкий медицинский контроль – 1,2%, низкая физическая активность – 5,3%, курение – 8,3%, психоэмоциональный фактор – 11,5%, гипертриглицеридемия – 19,5%, гиперхолестеринемия – 23,8% и избыточная масса тела – 35,9%.

Избыточная масса тела отмечена с наибольшей распространенностью в группе женщин – 40-49 лет (43,8%, $P < 0,001$), 50-59 лет (62,5%, $P < 0,001$). Существенно меньше отмечалась среди женщин моложе 20 лет (4,3%), 20-29 лет (4,1%, $P < 0,001$) и 30-39 лет (28,0%, $P < 0,001$).

Среди обследованных женщин показатели распространенности гиперхолестеринемии в зависимости от возраста установлены следующим образом: в группе 15-19 лет – 8,6%, 20-29 лет – 12,8% ($P > 0,05$), 30-39 лет – 17,3% ($P < 0,001$), 40-49 лет – 23,4% ($P < 0,001$), 50-59 лет – 33,3% ($P < 0,001$). Как видно из этих данных, частота выявляемости гиперхолестеринемии у женщин в связи с возрастом возрастает в 8,6 раза или на 53,9% ($P < 0,001$).

Изучение особенностей распространенности гипертриглицеридемии подтвердило, что данный фактор риска в зависимости от возраста женщин увеличивается от 4,3% (в 15-19 лет) до 48,1% (в 60-69 лет), то есть в 11,2 раза или на 43,8% ($P < 0,001$). В отдельных возрастных группах обследованных встречалась с разной частотой: в 20-29 лет – 8,9% ($P < 0,01$), 30-39 лет – 13,3% ($P < 0,01$), 40-49 лет – 28,8% ($P < 0,001$), 50-59 лет – 29,2% ($P < 0,001$), 60-69 лет – 48,1% ($P < 0,001$) и ≥ 70 лет – 25,0% ($P < 0,001$).

Все эти данные опять же подтверждают, что в современной неорганизованной популяции г. Андижана определяются достаточно неблагоприятные эпидемиологические условия в отношении АГ и они нуждаются в квалифицированной профилактической помощи в оздоровлении от факторов риска.

МОНИТОРИНГ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

На сегодняшний день по-прежнему остаются острыми вопросы эпидемиологического изучения и контроля предгипертензии на уровне популяции с целью предупреждения артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений, так как эпидемиологический подход является важным информативным и доступным методом оценки распространенности артериальной гипертензии среди населения. Особенно артериальная гипертензия опасна у женского населения в период фертильного возраста. Именно артериальная гипертензия как ничто другое опасна для развивающегося организма, так как резкое нарушение кровообращения, которое она ведет за собой, может привести к необратимым последствиям вплоть до гибели плода. Поэтому, как нельзя важно обнаружение артериальной гипертензии, тем более её наличие еще в донозологический период.

Цель. Изучить распространенность предгипертензии среди неорганизационного женского населения города Андижана по возрастам.

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения методом анкетирования.

Результаты. Отмечено, что средние уровни систолического артериального давления составляют у женщин - $121,2 \pm 1,08$, диастолическое артериальное давление по $77,2 \pm 0,59$ мм.рт.ст. В различных возрастных группах средние значения систолического артериального давления и диастолическое артериальное давление отмечались различиями в уровнях следующим образом соответственно: 15-19 лет – $106,3 \pm 1,07$, в 20-29 – $111,1 \pm 0,81$, в 30-39 лет $115,8 \pm 1,24$, 40-49 лет $126,8 \pm 1,94$.

В возрастном диапазоне от 19-30 лет прирост артериального давления составил в среднем для систолического артериального давления 30,2 мм.рт.ст. и для диастолического артериального давления 20,1 мм.рт.ст.

Считается, что повышение артериального давления в детстве или подростковом возрасте связано с физиологическим ростом и половым созреванием индивидуума, а во взрослой популяции, в определенной степени с развитием

биологических процессов, в пожилой, атеросклеротическим ремоделированием сосудов. Нами была прослежена частота распространенности предгипертензии на уровне относительных величин из числа женщин фертильного возраста, что составило 110 человек из них у 28 человек обнаружена предгипертензия, что составляет 24%, и превышает таковое зарегистрированное по текущей обращаемости, а также пришлось на фертильный возраст в сравнении с общей популяцией.

Следует отметить, что в популяции, где чаще регистрируется артериальная гипертензия у женщин фертильного возраста, как было прослежено, чаще регистрируются осложнения беременности, родов и послеродового периода.

Выводы. Таким образом, по материалам исследования наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди населения, а особенно среди женщин фертильного возраста. Полученные данные свидетельствуют о том, что предгипертензия является одним из распространенных факторов уже в 19- 29 лет, самый важный период в жизни каждой женщины детородного возраста.

Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений должна проводиться не только при установленном диагнозе артериальной гипертензии, но и у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ТЕСТУ «САН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Изучить степени астенического синдрома у больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: было проведено исследование у 65 больных с использованием теста «САН». При этом выделялись результаты по половым принадлежностям и возрастным различиям.

Показатель «С» - самочувствие у 45 больных (69%) оказался ухудшенным и составил в среднем $33,4 \pm 5,1$ балла (в норме сумма баллов должна составлять 50 баллов и более) - больные отмечали у себя разбитость, быструю утомляемость, вялость, слабость.

Показатель степени активности «А» у 51 больных оказался пониженным и составил в среднем $31,2 \pm 5,8$ балл (в норме сумма баллов должна составлять 55 баллов и более) – была выявлена малоподвижность, бездеятельность и безучастность в происходящих вокруг событиях, медлительность, усталость.

Показатель «Н» - настроение у 46 больных оказался пониженным и составил в среднем $37,6 \pm 4,4$ баллов (в норме сумма баллов должна составлять 54 балла и более) – отмечалось плохое настроение, мрачность, унылость, озабоченность и переживание за собственное здоровье.

Анализ теста «САН» показал, что у больных с инфарктом миокарда ухудшение самочувствия резко выражено и проявляется разбитостью, обессиленностью, утомляемостью и вялостью больного. У больных стенокардией ухудшение самочувствия менее выражены, чем у больных инфарктом миокарда, но в сравнении с нормой показатель оказался высоким и составил $30,3 \pm 2,7$ баллов. Больные с постинфарктным кардиосклерозом чувствовали себя лучше, чем пациенты вышеперечисленных групп, их самочувствие было оценено в $42,1 \pm 4,3$ балла.

Анализ результатов теста «САН» по возрастным группам показал, что у больных с ишемической болезнью сердца в возрастной группе 40-59 лет «С»- самочувствие оценилось в $31,4 \pm 2,3$ балла, «А»-активность составила $27,5 \pm 3,4$ балла, «Н»-настроение составило $36,7 \pm 3,2$ балла. В возрастной группе 60-69 лет «С»-самочувствие оценилось в $29,3 \pm 2,7$ балла, «А»-активность составила $31,1 \pm 3,7$ балла, «Н»-настроение составило $30,4 \pm 4,1$ балл. В возрастной группе 70 лет и старше «С»-самочувствие оценилось в $39,1 \pm 4,3$ балла, «А» -активность составила $35,3 \pm 1,7$ балла, «Н» -настроение составило $45,4 \pm 4,4$ балла.

Подводя итоги можно утверждать, что у больных ишемической болезнью сердца имеются нарушения в психоэмоциональной сфере, астенизация вегетативной нервной системы различной степени выраженности. Женщины в сравнении с мужчинами оказались менее устойчивыми к разным стрессовым и конфликтным ситуациям, у них астенизация оказалась более выражена, чем у мужчин. У больных в возрастных группах 40-59 лет и 60-69 лет отмечались выраженные отклонения от нормы, чем у больных в возрастной группе 70 лет и старше.

Данное исследование показало, что в практической деятельности каждый врач при исследовании больных должен обращать внимание на психоэмоциональное состояние и дисфункцию вегетативной нервной системы, так как депрессия у больных ишемической болезнью сердца может снижать устойчивость к стрессу, приводящего к нарушению гемодинамики, активации тромбоцитов и появлению симптомов острого коронарного синдрома, что значительно отягощает клиническое течение заболевания.

ОБЩЕНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Валиева М.Ю., Ганиева И.У., Максумова Д.К., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Вегетативные нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы могут быть связаны с инфекциями, интоксикациями, конституциональными факторами, гормональными дисфункциями, воздействием физических агентов и многое другое. Однако, чаще они встречаются при нервно-токсических заболеваниях и в первую очередь при вегетативной дистонии, которые в силу разнообразия клинических проявлений интересуют и невропатологов, и терапевтов, и педиатров. Общевневрологические симптомы и нарушения функции сердечно-сосудистой системы при невротических состояниях часто возникают после конфликтных ситуаций, инфекций, интоксикаций. Если преобладают повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна, головная боль, то больные обращаются к невропатологу.

Если на первый план выступают вегетативные расстройства, то нередко обследование и лечение проводятся у терапевта, и в большинстве случаев при вегетативных нарушениях на первый план выступают общевегетатические симптомы. Однако иногда жалобы на боль в сердце, сердцебиение, нарушение сердечного ритма бывают единственными и только после тщательного целенаправленного расспроса удается установить, что имеются различные вегетативные нарушения, изменение настроения, повышенная возбудимость, тошнота, рвота, головокружения, дрожь всего тела, плаксивость.

Мы исследовали 38 больных с функциональными неврогенными нарушениями сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто у этих больных встречались жалобы на боль в области сердца (в 29 случаях). Боль в области сердца имела разнообразный характер, чаще колющая, иногда давящая, сжимающая, реже жгучая. От стенокардии боль отличалась длительностью, продолжительностью (боль длящаяся часами или почти постоянная).

По локализации – обычно слева от грудины в области верхушки сердца с иррадиацией в левую руку или лопатку. Связь с физической нагрузкой в этих случаях отсутствовала. Нитроглицерин был неэффективен. Несмотря на упорство, физическая боль, при обследовании на ЭКГ регистрируемых изменений миокарда не наблюдалось.

У 32 больных, помимо болей в области сердца, отмечались жалобы на сердцебиение. В половине случаев ощущение сердцебиения объективно сопровождалось тахикардией (более 90 ударов в минуту). У 5-ти больных вегетативные расстройства проявлялись экстрасистолией, которые возникали в покое, в горизонтальном положении и болезненно воспринимались больными, как «перебои в сердце», «остановка, замирание сердца».

При этом каких-либо патологических процессов в миокарде и признаков сердечной недостаточности не отмечалось. Несомненное терапевтическое действие транквилизаторов свидетельствовало о функциональной природе нарушений сердечного ритма. При назначении нами транквилизаторов в первые 5-6 дней отмечался начальный терапевтический эффект.

Таким образом, можно отметить, что у больных с кардиалгиями несомненно могут иметь место вегетативные расстройства, сопровождающиеся болями в сердце, сердцебиением, нарушениями сердечного ритма. Недооценка вегетативных расстройств при кардиалгиях может обусловить неадекватную терапию подобных состояний. Назначение транквилизаторов может уменьшить выраженность вегетативных расстройств.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА

*Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кадыров Д.А., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние десятилетия сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности во всех развитых странах. В развитии и прогрессировании ССЗ существенная роль принадлежит факторам риска (ФР), несвоевременное выявление и неадекватная коррекция которых повышают вероятность сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Мы провели исследование для изучения прогностической значимости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и показателей суммарного риска в развитии

Материалы и методы. В исследование включено 152 мужчин в возрасте 39–57 лет без предшествующего анамнеза ишемической болезни сердца, сахарного диабета, онкологических заболеваний. Показатели суммарного риска рассчитывали с использованием Европейской шкалы риска SCORE и Фрамингемской шкалы.

Результаты. Выявлена статистически значимая взаимосвязь вероятности их возникновения с возрастом ($p=0,02$), семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,02$), артериальной гипертензией, в том числе высокой ($p=0,03$), умеренным употреблением алкоголя ($p=0,04$), электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка ($p=0,04$). Показано, что прогностическую значимость для их возникновения имеют возраст ($p=0,0001$), гиперхолестеринемия ($p=0,002$), артериальная гипертензия ($p=0,01$).

Кроме того, была проанализирована зависимость между частотой развития ССО и значениями прогнозируемого суммарного риска с поправкой на возраст. При этом значимая взаимосвязь ($p=0,04$) была выявлена между высоким риском и такими осложнениями как инфаркт миокарда и мозговой инсульт. Более четкие взаимосвязи прослеживаются при анализе порядковых распределений суммарного риска и инфаркта миокарда, мозгового инсульта. То есть мы видим монотонное увеличение частоты сердечно-сосудистых осложнений по мере нарастания степени риска.

Выводы. основными прогностическими факторами возникновения сердечно-сосудистых осложнений являются возраст, семейный анамнез, артериальная гипертензия, уровень потребления алкоголя, наличие гипертрофии левого желудочка. Наибольшую прогностическую значимость имеет сочетание нескольких факторов риска. Возрастание степени суммарного риска взаимосвязано с увеличением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений.

НОВЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

По последним данным литературы последних лет, ряда исследований и собственных наблюдений, артериальная гипертензия является ведущим фактором риска ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, заболеваний периферических сосудов, почечной недостаточности и основной причиной смерти.

В Узбекистане популяционные исследования по изучению распространенности артериальной гипертензии в современной популяции малочисленны. Существуют публикации и диссертационные работы, посвященные фрагментарному изучению артериальной гипертензии в популяции и в отдельных группах, которые в основном выполнены либо со старыми критериями выявления артериальной гипертензии, либо только в отдельных регионах или

являются уже устаревшими, и следовательно, не могут показать современную эпидемиологическую ситуацию по артериальной гипертензии среди населения Узбекистана в целом и Ферганской долины, в частности. Тем не менее, для разработки эффективных мер по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии необходимы эпидемиологические сведения о её распространенности в современной популяции.

Нами было проведено эпидемиологическое исследование с целью изучения распространенности артериальной гипертензии в современной популяции женщин фертильного возраста г. Андижана Ферганской долины.

По результатам исследования выявлено возрастание случаев выявляемости артериальной гипертензии в зависимости от возраста до 62,5% или в 7,2 раза ($P<0,001$). С наибольшей частотой артериальная гипертензия встречалась в группах женщин 40-49 лет (47,9%, $P<0,05$), 50-59 лет (55,6%, $P<0,05$). Сравнительно меньшая распространенность артериальной гипертензии наблюдалась у женщин в возрасте 30-39 лет (26,6%). В группе 15-19 лет и 20-29 лет артериальная гипертензия не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях.

Полученные наши данные свидетельствуют, что у женщин фертильного возраста распространенность артериальной гипертензии I ст. составила – 17,6%, артериальная гипертензия II ст. отмечена с увеличением на 40,2% или в 3,3 раза ($P<0,001$), артериальная гипертензия III ст. выявлена с возрастанием ее встречаемости до 24,5% или в 1,4 раза ($P<0,05$) и изолированная систолическая артериальная гипертензия встречалась с наибольшей частотой – 64,7% или с увеличением на 47,1%, то есть в 3,8 раза ($P<0,001$) по сравнению с распространенностью артериальной гипертензии I ст.

Таким образом, в структуре артериальной гипертензии у женщин, наиболее выражены и достоверно чаще всего встречаются изолированная артериальная гипертензия, артериальная гипертензия II ст. и артериальная гипертензия III ст. Особое внимание обращает показатель артериальной гипертензии I ст. у пациентов, который отмечается в уровне 17,6% и естественно, требует проведения активного профи-лактического – немедикаментозного и медикаментозного вмешательства.

ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

*Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Предгипертензия, или, повышенное нормальное артериальное давление (АД), нередко выявляется уже при первичном амбулаторном обследовании, предпринятом с целью оценки риска и диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, а также случайно. Предгипертензия широко распространена, как в нашей стране, так и в странах ближнего и дальнего зарубежья. Она является фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний и по результатам многих исследований уже при предгипертензии удалось зарегистрировать начальные признаки гипертонического поражения сердца и сосудистой стенки — у этой категории лиц были отмечены достоверно более высокие величины индекса массы миокарда левого желудочка, его диаметра и толщины комплекса интима-медиа в общей сонной артерии, что как мы знаем является основнымотягощающим фактором развития сердечно-сосудистых осложнений. Прогностическое значение и, следовательно, тактика ведения предгипертензии могли бы стать более определенными при уточнении риска и частоты поражений органов-мишеней у этой категории пациентов.

Цель. Определить факторы риска у населения с предгипертензией.

Материалы и методы. Результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте от 15-70 лет. Результаты: Так было обнаружена высокая распространенность предгипертензии, составившая 34,8% у мужчин и 31,8% у женщин. Главным фактором стал ИМТ $> 23,0$ кг/м²: даже формально нормальные его величины (23,0–24,9 кг/м²) сопровождалась увеличением вероятности повышенного нормального АД в 1,47 раза. Имеющееся ожирение (ИМТ 30 кг/м²) обусловило повышение вероятности предгипертензии у мужчин в 3,39 раза, у женщин — в 4,23 раза. Дислипопропротеидемия и пожилой возраст также были причиной возникновения предгипертензии — увеличение возраста сопровождалось увеличением вероятности повышенного нормального АД на 12% у мужчин и на 48% у женщин. Нарушение толерантности к глюкозе, СД и наличие артериальной гипертензии у обоих родителей повышали риск возникновения предгипертензии.

Таким образом, предгипертензия тесно связана с «обменными» факторами риска. Более того, установлено, что предгипертензия повышает риск с прогностической точки зрения, поскольку значительно ускоряет темп поражения органов-мишеней и риск угрожающих жизни сердечно-сосудистых осложнений.

ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Валиева М.Ю., Салахитдинов З.С., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Общеизвестно, что артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям для сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярного континуума может быть в полной мере отнесена к числу социально-значимых заболеваний.

Механизм ее развития до сих пор уточняется и в настоящее время уже известно, что даже у одного и того же больного факторы риска инициирующие артериальную гипертензию не однородны. Поэтому, одной из целей нашего исследования являлось изучение именно этих вопросов на современном этапе развития общества, а именно влияние социально-медицинских факторов на развитие артериальной гипертензии.

Цель исследования. Изучить фактор риска развития артериальной гипертензии

Материалы и методы. Материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андижана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Среди популяции женщин, занятых преимущественно напряженным умственным трудом в различных возрастных группах выявлялись следующим образом: в 15-19 лет – 8,7%, в 20-29 лет – 7,7% ($P>0,05$), в 30-39 лет – 17,3% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 31,3% ($P<0,001$).

Среди обследованных наблюдались лица, у которых были отмечены эпизоды употребления препаратов с гипертензивным действием (ЭУПГД). Так, ЭУПГД среди 20-29 летних женщин имела место в 2,5% случаев, у 30-39 летних – в 4,0% случаев и в 6,2% случаев отмечена в группе женщин 40-49 лет ($P<0,01$). Среди женщин моложе 20 лет данный ФР АГ не выявлялся (0,0%). В старших возрастных группах наблюдался с увеличением частоты ее выявляемости до 8,3% (в 50-59 лет, $P<0,01$), 18,5% (в 60-69 лет, $P<0,01$) и 12,5% ($P<0,001$).

Преимущественно тяжелый физический труд в качестве фактора риска установлен в различных возрастных группах обследованных женщин следующим образом: в 15-19 лет – 4,3%, в 20-29 лет – 28,2% ($P<0,001$), в 30-39 лет – 52,0% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 40,6% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 50,0% ($P<0,001$), в 60-69 лет – 29,6% ($P<0,001$) и в ≥ 70 лет – 75,0% ($P<0,001$).

В различных возрастных группах женщин плохие жилищно-бытовые условия устанавливались с частотой 0,0% (в 1-ой возрастной группе), 1,2% (во 2-ой возрастной группе, $P<0,01$), 2,6% (в 3-й возрастной группе, $P<0,001$), 9,3% (в 4-ой возрастной группе, $P<0,001$), 16,6% (в 5-ой возрастной группе, $P<0,001$), 25,9% (в 6-ой возрастной группе, $P<0,001$) и 37,5% (в 7-ой возрастной группе, $P<0,001$).

РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Валиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных и тем не менее, работ, посвященных к выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания недостаточно.

Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения, в том числе в условиях Узбекистана.

Материалы и методы. Материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андижана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Результаты. Распространенность социально-медицинских факторов риска развития артериальной гипертензии отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% ($P>0,05$), неблагоприятный социальный статус – 1,2 и 0,7% ($P<0,05$), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% ($P<0,05$), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% ($P<0,05$), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ($P<0,05$), плохие жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% ($P<0,001$), низкое потребление овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% ($P<0,05$), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ($P<0,05$), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ($P>0,05$), преимущественное употребление острых и соленых пищевых – 12,4 и 10,4% ($P>0,05$) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ($P<0,05$).

Согласно полученным данным, в исследуемой популяции женщин низкий образовательный статус выявлялся с увеличением до 37,5% или в 14,4 раза ($P<0,001$) в зависимости от возраста. Данный социально-медицинский фактор риска в различных возрастных группах отмечался со следующей частотой: в 15-19 лет – 2,6%, в 20-29 лет – 3,8% ($P<0,05$), в 30-39 лет – 8,0% ($P<0,05$), в 40-49 лет – 6,3% ($P<0,01$).

Обращает внимание и распространенность фактора недостаточного потребления овощей и фруктов, которая выявлялась среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% ($P>0,05$), в 30-39 лет – у 8,0% ($P>0,05$), в 40-49 лет – у 25,0% ($P<0,01$).

Как видно, случаи недостаточного потребления овощей и фруктов сравнительно часто отмечаются в группах женщин 15-19 лет, 40-49 лет, которые необходимо будет учесть при планировании лечебно-профилактических стратегий в отношении больных АГ.

Далее, нами были проанализированы особенности пищевых привычек обследованных женщин, как возможного фактора риска развития артериальной гипертензии. Из представленных результатов следует, что практически во всех возрастах встречаются «патогенные», в отношении АГ, пищевые привычки от 7,4% до 69,5%, то есть с частотой в разнице на 62,1% или в 9,3 раз ($P<0,001$).

Таким образом, была отмечена сравнительно высокая частота встречаемости «атерогенного питания», являющейся «главным» фактором риска «зловещей триады» - атеросклероза, ишемической болезни сердца и, или обусловленной артериальной гипертензией.

Выводы: В целом, полученные данные по оценке социально-медицинского фактора риска свидетельствуют о том, что подавляющее большинство обследованного населения имеют эти факторы риска и нуждаются в проведении программ первичной профилактики. Это подтверждает то, что у 90,0% больных артериальной гипертензией, научно мотивированная первичная и вторичная профилактика против поведенческих, социально-медицинских факторов риска могут препятствовать или приостановить эпидемию артериальной гипертензии или ее осложнения среди населения.

АТЕХОЛАМИНЫ И ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

*Вахабов Б.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Усманова Д.Н., Якубов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение кровообращения, в частности, биогенных аминов и ферментов, участвующих в метаболизме аминов. В настоящее время, перекисное окисление липидов (ПОЛ) представляет собой, постоянно протекающий физиологический процесс, который при интенсификации участвует в развитии ряда патологий. Установлено, что активизация процессов перекисного окисления липидов принимает участие в патогенезе многих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Изучение нарушений метаболизма катехоламинов и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при семейной гиперхолестеринемии

Материал и методы. У 120 пациентов и родственников с дислипидемиями и 20 практически здоровых лиц, изучали активность САС: определяли суточную экскрецию катехоламинов (КА) - адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА, активность моноаминоксидазы (МАО) и процессы ПОЛ общепринятыми методами. Все исследуемые были разделены на 3 группы: I-я –контроль (n=15), II-я группа -дислипидемия без ИБС (n=46), III-я - дислипидемия с клиническими признаками ИБС (n=74).

Результаты. Во II-й группе отмечается повышение суточной экскреции: А суммарного на 26,5% по отношению к контрольной группе, суммарного норадреналина - на 14,4% по отношению к группе контроля ($p<0,001$). Дофамин (ДА) суммарный повышен 9,3% по отношению к контролю ($p<0,05$). ДОФА на 4,5% увеличена по отношению к контрольной группе ($p<0,001$). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции КА, в частности: А суммарного на 27,7%, НА суммарный уменьшен на 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми ($p<0,001$). Происходит уменьшение экскреции суммарного ДА - на 48,8%, ДОФА на 22,0% по отношению к I-й группе ($p<0,001$).

При исследовании активности МАО при дислипидемиях выявили снижение активности фермента во всех обследуемых группах по отношению к контрольной. В группе контроля активность МАО составила $0,07 \pm 0,001$ ед/экс. Во II -й группе активность МАО составила $0,05 \pm 0,002$ ед/экс., что на 28,6% ниже контроля ($p<0,001$). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 45,7% по отношению к группе контроля и составила $0,038 \pm 0,002$ ед/экс. ($p<0,001$).

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. Во II -й группе отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p<0,001$). В III-й группе отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению показателям контроля ($p<0,001$)

Заключение. В ходе исследования выявлено значительное изменение активности САС и процессов ПОЛ при дислипидемиях, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

РОЛЬ СТАТИНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

*Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Мамажонов З.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Применение препаратов из группы статинов в настоящее время стало одним из обязательных компонентов лечения и профилактики ИБС. Кроме воздействия на показатели липидтранспортной системы, в последнее время обсуждается наличие у данной группы препаратов дополнительных благоприятных, «плеотропных» эффектов. Целью настоящего исследования стало изучение влияния умеренных доз розувастатина (торговая марка Roxera, фирмы KRKA, Словения) 20 мг в сутки на липидный спектр крови и процессы ПОЛ и активность САС.

Материалы методы: 36 исследуемых ИБСс прогрессирующей стенокардией напряжения, средний возраст $43,7 \pm 1,2$ года в качестве лечения получали строгую гиполлипидемическую диету + Roxera в дозе 20 мг в сутки в течение 30 дней. Определяли липидный спектр крови биохимическими экспресс-анализаторами до и после 30 дней проведенного лечения.

Результаты исследования: После проведенного лечения, отмечается статистически достоверное снижение ($p<0,001$) уровня ОХС, ЛПНП, ТГ на 32,4%, 34,6%, 25,5 % и 29,2%, 31,5%, 21,6% и повышение уровня ЛПВП на 11,8% и 10,0% соответственно по отношению к исходным показателям, что сходится с литературными данными. У больных отмечается улучшение адаптационных, резервных возможностях в результате применения розувастатина. Уровень МДА снизился на 40,8% ($p<0,001$) по отношению к исходным показателям и составила 4,82 нмоль/мл.

Выводы: В ходе исследования побочных эффектов, способствующих прекращению применения препарата, не отмечалось. У пациентов с ИБС отмечается достоверное снижение частоты приступов стенокардии, уменьшение дозы применяемых антиангинальных препаратов и β -блокаторов.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Вахабов Б.М., Мамажонов З.К., Ойбекова Г.С., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является финалом всех заболеваний сердечнососудистой системы. Смертность пациентов с начальными стадиями ХСН достигает 10% в год, тогда как у больных с тяжелыми формами ХСН - 40-65%.

Цель исследования. Изучение структурно-функциональных изменений сердца при различной тактике лечения больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В зависимости от применения различной тактики лечения больные с декомпенсированной сердечной недостаточностью были разделены на 2 группы: I группа – 52 больных в возрасте от 59 до 70 лет (средний возраст $61,8 \pm 1,4$ года), которым были назначены бета – блокатор (биспролол-5 мг в сутки)+ингибитор АПФ (эналаприл 5 мг в сутки) + диуретик (верошпирон 50 мг в сутки), II-группа – 44 больных в возрасте от 55 до 68 лет (средний возраст $60,4 \pm 1,3$ года), которым также назначали бета-блокаторы, ингибиторы АПФ в таких же терапевтических дозировках как и в I-й группе плюс дополнительно селективный блокатор альдостерона-препарат Лайленон по 50 мг 1 раз в сутки. После 3-х месяцев лечения были выполнены следующие исследования: 1) велоэргометрия с контролем показателей ЭКГ-для оценки толерантности к физической нагрузке и выявления скрытой коронарной недостаточности; 2) эхокардиография на ультразвуковом аппарате SonoScape 5000 (Китай) по стандартной методике для определения структурного и функционального состояния миокарда; 3) суточное мониторирование АД/СМАД и ЭКГ на аппарате Shiller MT-101 (Германия).

Результаты исследования: Полученные данные показали об улучшении предикторов неблагоприятной динамики – конечный диастолический объём (КДО), конечный систолический объём (КСО), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Более выраженные изменения отмечались во II-й группе. Кроме этого на фоне лечения селективным блокатором альдостерона отмечается уменьшение исходного ЧСС на 10,5 %, у больных отмечается увеличение толерантности к физической нагрузке, более стойкий адекватный контроль АД, уменьшение нейрогуморальной активности у пациентов.

Заключение. Таким образом, применение селективных блокаторов альдостерона (Лайленон) в комплексной терапии ХСН является более предпочтительным в связи высоким фармакологическим действием и безопасностью препарата.

ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

*Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Мамажонов З.К., Усманов Б.Б., Каримов И.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Связанная с атеросклерозом сердечно-сосудистая патология с середины XX века стала одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения и приобрела характер эпидемии. Сердечно-сосудистые заболевания (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт) являются основными причинами инвалидизации и смертности в большинстве стран мира, в том числе и в Узбекистане. Многочисленные эпидемиологические и популяционные исследования, проведенные в течение последнего полувека, вполне справедливо концентрировались на изучении факторов риска атеросклероза и его клинических осложнений, в первую очередь ишемической болезни сердца

Цель исследования. Определение ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Материал и методы. В исследование были включены 68 мужчин в возрасте от 30-49 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I группа низкого и умеренного риска <5% – 38 пациентов; II группа высокого риска $\geq 5\%$ – 30 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 30 до 45 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования – толщина интимы – меди (ТИМ) сонных артерий. Ранние маркеры атеросклероза артерий определены у всех пациентов: у 38 мужчин в группе низкого и умеренного риска, у 30 – в группе высокого риска ССО. У пациентов с низким – умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 48,6% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО – в 73,4%. Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови, и к их применению для упрощения диагностики и определения прогноза атеросклероза или для выявления предрасположенности к атеросклерозу и, особенно, восприимчивости к развитию атеросклеротических бляшек и/или обструкции сосудов. Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а).

Результаты исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по различному, так в I-й группе ИЛ-6 повышался незначительно на 24,8% ($p < 0,001$) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 47,5% выше показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Незначительные повышения ФНО-а отмечены в группе низкого и умеренного риска ($p < 0,001$), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ-10 умеренно повышался в I-й группе ($p < 0,01$) и более значительные изменения отмечались во II-й группе. Результаты исследования показали о существовании прямой

корреляционной связи между ИЛ-6 и ТИМ ($r=0,57$; $p=0,001$), ИЛ-1 и ТИМ ($r=0,44$; $p=0,001$), ФНО-а и ТИМ ($r=0,51$; $p=0,001$).

Заклучение. Нами показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен у пациентов с отягощённой наследственностью к атеросклерозу и в последующем к ИБС. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН КЕЧКАНДА ҚОНДАГИ ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ЎЗАРОВОҒЛИҚЛИГИ

Вахабов Б.М., Каримов И.К., Усманов Б.Б., Мамажонов З.К., Юсупова Н.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Гипертония касаллиги хозирги пайтда Республикамизда тиббиётни энг долзарб муаммолариги айланиб қолди, бунга касалликни йилдан йилга ёшариб кетаётганлигини кузатилиши, эрта асоратлар ривожланиши яққол исбот бўлади. Ушбу патология билан билан боғлиқ барча изланишлар касалликни ривожланиш механизмини чуқурроқ ўрганиш, самарали даволаш тамойилари, профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқишга замин бўлади.

Тадқиқотнинг мақсади: Гипертония касаллиги ва юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бор беморларда липидларни спектри ва суткалик АБ ўзгаришини ўзаровоғлиқлигини ўрганиш.

Материал ва методлар: Жами 75та гипертония касаллиги, гипертония касаллиги ва ЮИК турғун зўриқиш стенокардияси ФС II-III билан биргаликда кечаётган, 40 ёшдан-65 ёшгача бўлган эркак беморлар олинган, ўртача ёши $54,9 \pm 0,8$ ни ташкил этган. Контрол гуруҳни 20та нисбатдан соғлом инсонлар ташкил қилган, ўртача ёши $48,4 \pm 4,7$ ёшга тенг. Артериал босимни даражаси ва ЮИКни борлигига, АБ суткали вариабеллигига қараб беморлар 3та гуруҳга бўлинган. I-гуруҳни ГК АБ 1-даража, вариабеллиги паст, 20та бемор, ўртача ёши $45,2 \pm 1,0$; II-гуруҳни ГК АБ 1-даража+ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардия ФС II, вариабеллиги баланд, 32та бемор, ўртача ёши $54,0 \pm 0,7$; III-гуруҳни ГК АБ 2-3 даража + ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардия ФС II-III, вариабеллиги баланд 23 бемор ўртача ёши $57,0 \pm 0,7$ ни ташкил этган. Беморларда артериал босимни суткалик мониторинги, липидлар спектрини, малон диальдегидни қондаги даражасини аниқлаш ўтказилган, ундан ташқари умумклиник текширувлар ўтказилган.

Тадқиқотнинг натижалари: Олинган натижалар шуни курсатидики АБ вариабеллиги баланд бўлган, АГ+ЮИК биргаликда кечаётган гуруҳларда липидлар спектри, малон диальдегидни қондаги миқдори сезиларли даражада ўзгарганлиги аниқланган ($p<0,001$), бундан ташқари статинларни липидлар алмашувига таъсирини ўрганганимизда, ушбу гуруҳларда бошқа вариабеллиги паст бўлган гуруҳларга нисбатдан липидлар спектри, малон диальдегид миқдори етарли даражада ўзгармаганлиги аниқланган.

Хулоса. Суткали артериал босимни юқори вариабеллигига эга бўлган гипертония касаллиги ва ЮИК бор гуруҳда липидларни пероксидланиш жараёнлари ортиши кузатиляпти, бу кўрсаткич $81,5\%$ га контрол гуруҳга нисбатдан ортганлиги аниқланди. Барча гуруҳларда АБ суткали профилини ва липидларни спектрини ўзгариши, перисли оксидланиш жараёнлари ўртасида ўзаровоғлиқдорлик аниқланган. Суткали артериал босимни юқори вариабеллигига эга бўлган гипертония касаллиги ва ЮИК бор гуруҳда статинларни меърий 20 мг/сутка га дозасидан қўлланилганда липидлар спектри ва липидларни пероксидланиш жараёнларига етарли даражада таъсир қилмаганлиги аниқланди. Суткали артериал босимни паст вариабеллигига эга бўлган гуруҳда статинларни – меърий 20 мг/сутка га дозасидан қўлланилганда липидлар спектри ва липидларни пероксидланиш жараёнларига етарли даражада таъсир қилганлиги аниқланди. Беморларда ўтказилаётган комплекс текширувлар: АБ суткали профили, липидлар спектри, чап қоринчани структур-функционал характеристикаси касалликни глобал хавф даражасини пасайтириш мақсадида олиб боралиётган даволаш чора-тадбирларини самарадорлигини баҳолаш учун тавсия бўлиш мумкин. ЮИКни стабил шакли билан кечадиган артериал гипертензия ва алоҳида гипертония касаллигида даволаш чора-тадбирлари АБни суткали профили ўзгачалигини инобатга олиб танланиш керак.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Шамсиддинова А.С., Охунжанов Э.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы особое значение приобрела воспалительная теория атерогенеза. Признаки локального неспецифического воспалительного процесса при атеросклерозе прослеживаются с самых ранних стадий развития поражения стенки сосуда до момента дестабилизации и повреждения атеросклеротической бляшки.

Цель данного исследования состояла в изучении уровня провоспалительных цитокинов определения ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

В исследование были включены 124 мужчин больных с семейной гиперхолестеринемией и их ближайшие родственники (пробанды) в возрасте от 30—59 лет. Кроме изучения липидного спектра крови, оценивали суммарный риск развития сердечно-сосудистых по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I- группа низкого и умеренного риска $< 5\%$ -51 пробандов больных с семейной гиперхолестеринемией; II –группа высокого риска $\geq 5\%$ -69 пациентов с семейной гиперхолестеринемией. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 38 до 59 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Уровни ОХС, ЛПНП, ТГ в I-й группе низкого и умеренного риска были выше показателей контрольной группы на $42,4\%$, $35,6\%$, $25,5\%$ Показатели липидного спектра во II-й группе высокого риска

были на 59,2%, 44,5%, 26,6% выше группы контроля.

Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования - толщина интимы—медии (ТИМ) сонных артерий. Ранние маркеры атеросклероза артерий определены у всех пациентов: у 51 мужчины в группе низкого и умеренного риска, у 69 — в группе высокого риска ССО. У пациентов с низким — умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 51,6% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО — в 83,4%.

Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови, и к их применению для упрощения диагностики и определения прогноза атеросклероза или для выявления предрасположенности к атеросклерозу и, особенно, восприимчивости к развитию атеросклеротических бляшек и/или обструкции сосудов.

Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-α). Результаты исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по-разному, так в I-й группе ИЛ-6 повышался на 34,8% ($p < 0,001$) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 57,5% выше показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Незначительные повышения ФНО-α отмечены в группе низкого и умеренного риска ($p < 0,001$), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ-10 умеренно повышался в I-й группе ($p < 0,01$) и более значительные изменения отмечались во II-й группе.

Результаты исследования показали о существовании прямой корреляционной связи между ИЛ-6 и ТИМ ($r = 0,56$; $p = 0,001$), ИЛ-1 и ТИМ ($r = 0,42$; $p = 0,001$), ФНО-α и ТИМ ($r = 0,50$; $p = 0,001$).

Нами показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен в группе больных с семейной гиперхолестеринемией. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАТЕХОЛАМИНОВ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

*Вахобов Б.М., Якубов А.А., Рахматов Р.А., Усманова Д.Н., Юсупова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучение нарушений метаболизма катехоламинов и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при семейной гиперхолестеринемии

Материал и методы. У 120 пациентов и родственников с дислипидемиями и 20 практически здоровых лиц, изучали активность САС: определяли суточную экскрецию катехоламинов (КА) - адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА, активность моноаминоксидазы (МАО) и процессы ПОЛ общепринятыми методами. Все исследуемые были разделены на 3 группы: I-я – контроль ($n = 15$), II-я группа - Дислипидемия без ИБС ($n = 46$), III-я - Дислипидемия с клиническими признаками ИБС ($n = 74$).

Результаты. Во II-й группе отмечается повышение суточной экскреции: А суммарного на 26,5% по отношению к контрольной группе, суммарного норадреналина - на 14,4% по отношению к группе контроля ($p < 0,001$). Дофамин (ДА) суммарный повышен 9,3% по отношению к контролю ($p < 0,05$). ДОФА на 4,5% увеличена по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции КА, в частности: А суммарного на 27,7%, НА суммарный уменьшен на 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Происходит уменьшение экскреции суммарного ДА - на 48,8%, ДОФА на 22,0% по отношению к I –й группе ($p < 0,001$).

При исследовании активности МАО при дислипидемиях выявили снижение активности фермента во всех обследуемых группах по отношению к контрольной. В группе контроля активность МАО составила $0,07 \pm 0,001$ ед/экс. Во II -й группе активность МАО составила $0,05 \pm 0,002$ ед/экс., что на 28,6% ниже контроля ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 45,7% по отношению к группе контроля и составила $0,038 \pm 0,002$ ед/экс. ($p < 0,001$).

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. Во II -й группе отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению к показателям контроля ($p < 0,001$).

Заключение. В ходе исследования выявлено значительное изменение активности САС и процессов ПОЛ при дислипидемиях, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИИ

*Вишневский В.А., Нишонов Ф.Н. Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш., Отакузиев А.З.
Национальный исследовательский центр хирургии имени А.В.Вишневского
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Несмотря на определенные успехи в лечении, проблема эхинококкоза остается достаточно актуальной и это связано с тем, что во многих странах мира, особенно в эндемичных зонах, заболеваемость эхинококкозом продолжает расти. Эхинококкоз не только частое, но и довольно опасное заболевание, так как в процессе медленного развития в организме человека возникает множество опасных осложнений - у 30-35% заболевших. Среди возможных осложнений заболевания особенно опасными являются: нагноения кист, прорыв кист в желчные протоки, сопровождающиеся развитием механической желтухи, острого холангита. Приходится с горечью констатировать, что высокая частота рецидивов заболевания (25-30%) и послеоперационных осложнений (50%) объясняются не только трудностями ранней диагностики, но и неадекватным выбором вида операции.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем дифференцированного выбора открытой радикальной или условно радикальной операции или использование закрытых минимально инвазивных вмешательств (чрескожных пункционно-дренажных или лапароскопических операций).

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 609 больных эхинококкозом печени, подвергнутым различным хирургическим вмешательствам в Институте Хирургии им. А.В.Вишневского в период с 2000 г по 2019 г.

Первичный эхинококкоз печени был у 413 (74,2%), пациенты с резидуальными эхинококкозом до поступления перенесли от 1-й до 8 операций. Солитарные кисты имели место у 407 (66,9%) человек, множественные - у 202 (33,1%). Сочетанный эхинококкоз печени и других органов брюшной полости, легких был выявлен у 88 (14,4%) пациентов, что без сомнения создавало трудности в лечении этих пациентов и не могло не отразиться на результатах операций. Осложнения, связанные обычно с гибелью паразита, отмечены у 219 (35,9%) больных: нагноение кисты - 45 (20,5%) случаев, частичное или полное обызвестление фиброзной капсулы паразита - 43 (19,6%); прорыв элементов кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита - 19 (8,7%); разрушение фиброзной капсулы с открытием в ее просвет желчных свищей - 39 (17,8%), у 4 (1,8%) отмечено сдавление большими кистами желчевыводящих путей или внутрипеченочных вен приводящих к нарушению желчеоттока или портальной гипертензии и др.

В связи с разнообразием клинических форм у наблюдавшихся и оперированных нами больных эхинококкозом печени, был разработан и внедрен в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм, базирующийся на изучении эпидемиологии, клинико-лабораторных данных, а также на результатах современных инструментальных методах исследования, результатах серологического и интраоперационного УЗИ у всех наблюдений (при множественных кистах, у повторно оперированных, при наличии осложнений эхинококкоза). Разработаны и внедрены практику технологии радикальных операций при эхинококкозе печени, позволяющих упростить ряд сложных для исполнения этапов, минимизировать травматичность, достигнуть радикальности и успешного исхода.

Результаты исследования. Проведено сравнительная оценка частоты и характера осложнений 3х групп:

В 1-й группе больных с радикальными вмешательствами после операции преобладали жидкостные скопления - в 15(11,6%) наблюдениях измененных ч/к пункциями; гнойно-воспалительные и желчные осложнения отмечены у 5,4% наблюдений, желчный перитонит - 1 (0,7%), летальный исход у 2 человек (1,5%).

Во 2-й группе больных, у которых фиброзная капсула не удалялась, гнойно-воспалительные осложнения, нагноения кисты, желчеистечение, желчно-гнойный свищи имели место в 24,4% случаев, желчный перитонит в 1,3%, летальный исход у 2х (2,6%).

Наконец, среди больных, которым произведено условно-радикальные вмешательства наиболее частым осложнением явились нагноения со стороны остаточной полости - у 18 больных с (10,2%). Жидкостные скопления были выявлены у 9 (5,1%) пациентов. Летальных исходов не было.

Из интраоперационных осложнений во время лапароскопической эхинококкэктомии имело место кровотечение у 5 (3,8%) наблюдениях при иссечении фиброзной капсулы и у 2 (1,5%) наблюдениях при разрывах кисты во время введения правого троакара. Осложнений после лапароскопической эхинококкэктомии не отмечено.

Частота осложнений наименьшая после радикальных операций, излеченных большинством стали миниинвазивными способами. Отсутствует единство мнений по поводу повторных операций или других вмешательств на печени у больных резидуальным эхинококкозом печени. Главным для рецидива является выполнение первичной операции при эхинококкозе печени в нерадикальном варианте, в особенности при осложненной форме заболевания, когда имеются изменения фиброзной капсулы. Как показали последние исследования, предупреждает развитие рецидивов заболевания, химиотерапия альбендазолом после условно радикальных операций, при которых не всегда удается достичь 100% радикальности.

Выводы:

1. При соответствующих показаниях для получения хороших результатов при лечении первичного и резидуального эхинококкоза печени следует использовать радикальные методы операций.
2. Измененные воспалительно-дегенеративным процессом и инфекцией стенки фиброзной капсулы при нагноении кист печени являются источником послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов на отдаленных сроках, что обуславливает необходимость удаления фиброзной капсулы.
3. Тотальные перицистэктомии целесообразнее всего производить при поверхностной локализации или краевом расположении и отсутствии тесного контакта с крупными внутрипеченочными сосудами и желчными протоками.
4. Обширные резекции, как и другие радикальные вмешательства, выполняются чаще всего при распространенном паразитарном процессе и его осложненных формах, что диктует необходимость прибегать к первому этапу операции для ликвидации желтухи, холангита, перитонита, желчных свищей, а затем при благоприятной ситуации, созданной первым этапом операции, приступать к радикальному вмешательству.

5. В отдельных ситуациях при локализации эхинококковых кист в кавальных или глиссоновых воротах, при молодых кистах с тонкой блестящей фиброзной капсулой, при соматическом статусе, не позволявшим осуществлять обширные или центральные резекции печени и во избежание угрожающих осложнений не прибегать к радикальному удалению фиброзной капсулы, ограничиваться лишь частичным иссечением капсулы, оставляя их небольшие участки на сосудах и протоках.

6. Важнейшими факторами в улучшении качества лечения эхинококкоза печени является ранняя и точная диагностика эхинококкоза печени, благодаря чему преобладающую группу больных с данной патологией могут составить пациенты с неосложненным формами эхинококкоза, мелких или средних размеров кистами, чаще всего единичных. Именно для лечения таких пациентов или будем использовать минимально-инвазивные технологии и прежде всего, чрескожные пункционно-дренажные методы.

ВЕРИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Нишинов Ф.Н., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш.

*Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В.Вишневского
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Современный этап развития хирургической гепатологии характеризуется значительным расширением показаний к резекциям печени при поражении ее как очаговыми, так и диффузными патологическими процессами. Благодаря совершенствованию техники операции и внедрению современных технологий и улучшению предоперационной подготовки летальность после обширных резекций печени за последнее время заметно снизилась до менее чем 3%, а заболеваемость до 30%. В тоже время, выполнение обширных резекций печени до настоящего времени сопряжено с высоким риском развития массивных интраоперационных кровотечений и тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности и желчеистечения.

Цель исследования. Улучшение результатов обширных резекций печени путем верификации факторов риска влияющих на послеоперационное желчеистечение и способы их оптимального лечения.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов лечения 467 больных которым были проведены резекции печени, выполненных в «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Анализ данных включал демографические данные пациентов, комплексные обследования, включающие как общеклинические, так и специальные инструментальные методы исследования, оперативные данные, включая объем операции, количество резецированных сегментов печени, длительность и способ остановки интраоперационной кровопотери, необходимость переливания крови и послеоперационная течение, также проанализированы и оценены предоперационные факторы риска, связанные с желчеистечением. Тактика предоперационного ведения больных включало, анализ общего состояния больных, показания к переливанию крови, наличие общих и печеночных специфических осложнений, включая желчеистечение, сроки интенсивной терапии, показания к минимально инвазивным или открытым вмешательствам (чрескожное катетерное дренирование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатограмма, чрескожная чреспеченочная холангиограмма или релапаротомия), а также пребывание в стационаре.

При факторном анализе выделены три основных фактора анамнеза и диагноза, влияющих на появление осложнений в послеоперационном периоде. Первый фактор объединяет признаки, связанные патологическим перерождением печени. Второй фактор объединяет признаки, связанные с вовлечением в патологический процесс сосудов печени. Третий фактор объединяет признаки, связанные с патологическим увеличением размеров и структуры печени.

При анализе факторов риска осложнений, наибольшее количество составило наличие множественных очагов (67,3%), гепатомегалия 51,6%, билиарная гипертензия составила 40,3%, при этом наличие желчного свища операции из анамнестических данных была незначительной (19,7%) по сравнению с желтухой до операции (38,7%), с повышением количество билирубина >40 у 24,5%, >20 у 40,1%.

Использовалась стандартизированная оперативная техника. Интраоперационное ультразвуковое исследование было выполнено для определения отношения опухоли к основным внутрипеченочным сосудам. После полной мобилизации паренхимы печени, проводили рассечение с использованием ультразвуковой кавитации (CUSA). Множественный внутрипеченочные желчные протоки были сшиты вместе, для создания отверстий анастомоза. Гемостаз рассеченной поверхности печени был достигнут рассасывающимися мононитевыми швами (5/0). Для оценки желчеистечения на резецированную поверхность печени накладывали марлевые салфетки в течении 3 минут. При наличии желчеистечения проводились их ушивание, поверхность резекции обрабатывалась аргонплазменной коагуляцией и спреем Tisseal®.

Оценка желчеистечения определялась концентрацией билирубина в дренажной жидкости или по концентрацией билирубина в сыворотке крови. При наличии желчного проводилась оценка желчеистечения А, В или С в соответствии с классификацией ISGLS. При не успешности консервативных мероприятий проводились интервенционные процедуры.

Результаты исследования. В целом из 457 пациентов 112 (24%) развились послеоперационные осложнения, из-за которых произошла утечка желчи 25 (5,4%) (16 женщин, 9 мужчин, средний возраст 50 лет, диапазон 18-67). Во время резекции 8 пациентов не нуждались в сосудистом контроле, 16 имели портальный доступ. У этих 25 больных общее время остановки кровотечения составила 35 минут. У одного пациента, у которого гемостаз не был достигнут во время операции, печень была резецирована через 48 часов. Общее время операции составило 294 минуты (180-528 минут). В послеоперационном периоде время ликвидации или разрешения желчеистечения составило 3,4 часа. (0-8 дней). Сроки пребывания в стационаре у 442 пациентов без желчеистечения составила 8 дней (диапазон 5-98) по, по сравнению с пациентами с желчеистечением у которых срок пребывания составил 12 дней. Общее время проведения операции составило 294 минуты (180-528 минут). Сроки пребывания больных в стационаре после резекции печени у 442 пациентов без желчеистечения составила 8 дней, по сравнению с пациентами с желчеистечением у которых срок пребывания

составил 12 дней. Степень желчеистечения была $a = 5$, $b = 17$ и $C = 3$ согласно классификации ISGLS. Существенно больше желчеистечения наблюдали у пациентов, перенесших обширные резекции (≥ 3 сегментов) и общее время операции было более 180 минут ($P < 0,05$).

Самостоятельно отток желчи прекратился (в сроки 22 дня, в среднем 16-32 дня) у 5 пациентов. У 4 больных с персистирующим желчеотделением через интраоперационно установлен дренаж, проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией, с установкой билиарного стента, которое позволило ликвидировать желчеистечение у всех 4 пациентов. У 10 больных проведено чрескожное дренирование желчных ходов под ультразвуковым контролем.

Выводы. Результаты данного исследования показывают, что неанатомические обширные резекции печени привели к увеличению желчеистечения после гепатэктомии. Следовательно, утечка желчи после резекции печени остается серьезным осложнением, удлинняя время госпитализации и причинный фактор для декомпенсации функции печени, особенно у пациентов с циррозом.

Проспективное рандомизированное контролируемое исследование не выявлено различий в желчеистечении у пациентов, перенесших резекции печени с применением и без применения фибринового герметика. Ни один метод резекции печени не застрахован от желчеистечения, использование радиочастотная рассекающий герметик, гармонический скальпель и герметизация сосудов - это все связано с потенциальным риском желчеистечения. Перкутанное дренирование брюшной полости для ликвидации желчеистечения, также является эффективным методом.

Чем более обширная резекция печени, тем больше риск желчеистечения, который приводит к длительному пребыванию больного в стационаре. У этой категории больных необходимо сократить время операции с чрескожными дренированиями и эндоскопическим стентированием.

ВОПРОСЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ВЫСОКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Вишневский В.А., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш.

Актуальность проблемы: Реконструктивные операции отличаются технической сложностью и неудовлетворительными результатами в 5-40 % наблюдений. До недавнего времени таких больных подвергали повторным хирургическим вмешательствам, в основном реконструкции созданных ранее гепатикоеюноанастомозов (ГЕА) в сочетании или без резекции печени. В последние годы в качестве альтернативы реконструктивным ГЕА прибегают к малоинвазивным технологиям – этапным чрескожным антеградным вмешательствам, баллонной дилатации стриктур ГЕА.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения у больных после реконструктивных операций по поводу высоких рубцовых стриктур желчных протоков.

Материал и методы исследования: 118 больных высокими стриктурами желчных протоков проходили лечение в НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского с января 2012 года по декабрь 2019 года. Из них женщин было 84 (71,2%), мужчин - 34 (28,8%). Средний возраст больных составил $53,9 \pm 11,2$ года. Наибольшее количество стриктур - 92 (78%) развились после повреждения желчных протоков во время холецистэктомии. Из 118 больных 92 пациента подвергнуты реконструктивным вмешательствам, 36 - проведены чрескожные эндобилиарные вмешательства. Продолжительность дренирования желчных протоков составило от 3 до 50 месяцев, в среднем 23 ± 11 мес. Число баллонных дилатаций от 1 до 12, в среднем – $5 \pm 2,5$. У 64 пациентов был сформирован ГЕА, из них 34 (53%) - выполнена реконструкция ранее сформированного ГЕА (рГЕА), У 7 пациентов выполнен ГЕА в сочетании с резекцией печени (4 ГГЭ, 3 бисегментэктомии 2, 3).

Результаты исследования: Отдаленные результаты оценены у 102 (86,4%) пациента по шкале J.Terblanche. Отличными и хорошими результатами считались при наличии не более 2-3 приступов острого холангита в год, отсутствие желтухи и инструментальных признаков. Наилучшие результаты лечения отмечены у больных со стриктурой тип «0» по Э.И. Гальперину - 93% успешных исходов.

При стриктурах тип «-1», «-2» и «-3» результаты были значительно хуже (48%, 47% и 60%, соответственно), и не имели статистически значимой разницы между собой. Полифакторный анализ риска развития рестриктуры выявил, что между типом стриктуры и характером предшествующей операции (наружное дренирование желчных протоков) существует статистически значимая связь. У больных после ЧЧХД число успешных вмешательств составило 79%. Резекционные вмешательства проведены при типе «-2» и «-3» с хорошими отдаленными результатами по Terblanche. Сравнительный анализ чрескожных и открытых вмешательств показал преимущество чрескожных над реконструктивными ($p=0,05$).

Выводы:

1. Чрескожные эндобилиарные вмешательства являются эффективным и безопасным методом лечения больных высокими рубцовыми стриктурами желчных протоков.
2. При полной потери непрерывности желчных протоков и неэффективности малоинвазивных вмешательств следует прибегать к реконструктивным вмешательствам.
3. При невозможности сформировать адекватный желчеотток из пораженных сегментов печени в сочетании с атрофией и/или наличием множественных абсцессов пораженной доли печени необходимо проводить резекционные вмешательства.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Галиуллин Т.И.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии

Введение. В последние годы увеличивается число больных туберкулезом с сопутствующими заболеваниями, которые ставят перед фтизиатрами серьезные проблемы. И при этом отмечается взаимное утяжеление течения заболеваний. На основе комплексного подхода изучена частота сочетания туберкулеза легких с другими заболеваниями, определены причины недостаточной эффективности лечения этой категории пациентов. Среди впервые выявленных больных туберкулезом легких коморбидная патология встречается почти в 50% случаев. При этом, чем старше возраст пациентов, тем чаще встречается сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Изучить клиническое течение ТБ легких у больных с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 2105 больных с ТБ легких, которые получили лечение в центре фтизиатрии. Из них мужчины составили 1359 (64,6%), женщины 746 (35,4%). Это изучение проведено за 5 лет. У (19,2%) больных были диагностированы наличие сопутствующих заболеваний: ВИЧ – инфицирование - 61 (15%), сахарный диабет 1 типа - 25 (6,3%), сахарный диабет 2 типа - 289 (71,3%) и больные, долгое время принимающие глюкокортикостероиды -30 (7,4%). Больных разделили на две группы: 1 группа больных с сопутствующими заболеваниями - 405 пациентов и 2 группа больных ТБ легких без сопутствующих заболеваний -215 пациентов.

Результаты и обсуждение. При анализе частоты встречаемости клинических форм ТБ легких установлено, что среди больных из 1 группы наиболее часто встречались инфильтративный ТБ (55%), фиброзно кавернозный ТБ (25,7%). У больных из 2 группы без сопутствующей патологии наиболее часто встречались инфильтративный (45,1%), фиброзно – кавернозный ТБ (24,6%) и очаговый ТБ (14,4%).

Чаше встречались больные с умеренно выраженными (63%) и сильными выраженными симптомами (24,2%) ТБ интоксикации в 1 группе больных. В тоже время у больных из 2 группы преобладали больные с умеренно выраженной интоксикацией (64%). Сильно выраженные (79%) и умеренно выраженные (19,7%) респираторные проявления чаще встречались у больных 1 группы. При обследовании по методике Gen Expert выделения микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте отмечено в 1 группе у 67,9±2,1%, а во 2 группе - 57,2±3,3 % пациентов ($P \leq 0,05$). У 90 (22,2±2,9 %) больных отмечалась устойчивость к первому ряду препаратов. У 38 (18,0±3,0 %) больных отмечалась устойчивость к первому ряду препаратов.

Заключение. Таким образом, ТБ легких на фоне сопутствующих заболеваний патологии характеризуется преобладанием деструктивных форм ТБ, более выраженными симптомами ТБ интоксикации и респираторных проявлений основного легочного процесса, массивным выделением бактерий высокой устойчивостью МБТ к химическим препаратам, более большим объемом поражения легочной ткани и большими полостями распада.

ПСИХОГЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

Ганиева И. У., Абдукайирова Д., Партиева Ю.Р.

Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Психогенная тошнота и рвота—является довольно обыденное. У эмоционально нестабильных лиц эти физиологические реакции развиваются гораздо легче более незначительному поводу чем , у лиц других людей. В ряде случаев тошнота, рвота или изжога представляет собой по существу стандартный для психогенных состояний.

Цель. Изучить способы выражения эмоции закрепившегося по типу патологического рефлекса. Непосредственной причиной тошноты и рвоты становится подчас не только чувства гнева, боли, страха, печали, тоски, отвращения но и необычной радости, т.е любая эмоция, если она проявляется достаточно интенсивно. Ощущение тошноты нередко вынуждены подавлять студенты перед экзаменом, артисты перед выходом на сцену, солдаты перед боем.

Материалы и методы. И всё таки прежде всего тошнота идентифицируется психологами с представлениями, окружающими крайнюю степень органического неприятно, отвращения к чему - либо. Тошнота, рвота не связанные с какой - либо висцеральной патологией оказываются одним из закономерных соматических эквивалентов циклотимных состояний, одним из наиболее частых клинических проявлений «раздраженного желудка» при аффективных нарушениях невротического круга.

Результаты. У 84 % больных подобными жалобами констатирует отчётливый функциональный характер последних при отсутствии структурных изменений органов брюшной полости и центральной нервной системы, инфекционных процессов или интоксикации, эндокринной патологии или беременности.

Психогенная тошнота в клинике тревожной депрессии и особенно абдоминальной ипохондрии-это прежде всего страх, это «необычная тошнота, а паника кишок и селезёнки, бурный протест и негодование в норме неощутимых внутренностей».

Выводы. При аффективных нарушениях с явлениями сосудистой дистонии психогенная тошнота может перемежаться с изжогой, это своеобразная и очень мучительное чувства жара, жжения или даже «жгучей судороги» по ходу пищевода не поддаётся щадящей диете и усиливается при ухудшении стихического и физического состояния больных.

Тягостное ощущение тошноты локализуется чаще всего в верхней части грудной клетки, «у горла» или «идёт от живота», оно особенно томительно, как правило по утрам усиливается при волнении, резких колебаниях метеорологических условиях или быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное, исчезает под воздействием положительных эмоций, при отвлечении внимания больного.

ТАКТИКА ВРАЧА – ТЕРАПЕВТА ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

*Ганиева И.У., Парниева Ю.Р., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наиболее серьезного внимания заслуживают больные, у которых анемия выявлена в I триместре беременности при первом посещении женской консультации. Врачу следует уточнить этиологию анемии (постгеморрагическая, алиментарная или гипопластическая), длительность и степень тяжести заболевания, эффект от ранее проводимой антианемической терапии.

Цель. При выявлении у беременных анемии III-IV степени необходимо исключить болезнь Верльгофа, гипоплазию костного мозга, гемолитическую анемию. Нередко анемия является одним из симптомов хронического заболевания печени (опухоль, цирроз, гепатолиенальный синдром) или почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, опухоль), поэтому беременные этой группы должны подвергаться углубленному клиническому обследованию.

Материалы и методы. У женщин, страдающих хронической анемией, беременность, как правило, усугубляет ее течение – степень тяжести нарастает. При анемии II-III степени женщин беспокоят головокружение, потемнение в глазах, головные боли, общая слабость, утомляемость при легкой физической нагрузке, одышка и сердцебиение. Для таких больных характерно бледность кожных покровов, пониженное артериальное давление, функциональный систолический шум. О значительной давности заболевания можно судить по наличию трофических изменений – ложкообразные вдавления ногтей, их ломкость, хрупкость и потеря блеска, выпадение волос на голове, сухость кожи.

Беременным при анемии II степени, состоящим на учете в группе повышенного риска, составляется план обследования и лечебно-профилактических мероприятий 2-4 курса стационарного лечения по 20-30 дней каждый с интервалом 4 недели. После выписки из стационара беременные продолжают лечение в амбулаторных условиях.

Результаты. Лечение беременных, больных железодефицитной анемией, должно быть комплексным, длительным, включающим медикаментозные препараты и диетотерапию. Для восполнения дефицита назначают один из железосодержащих препаратов. Наилучший терапевтический эффект достигается при применении гино-тардиферона по 1 таблетке 2 раза в день, сироп мальтофера по 1 ч.л., 2-3 раза в день, феррокала по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2-3-х месяцев без перерыва. При пероральном приеме необходимо учитывать индивидуальную переносимость препаратов.

Выводы. Лечение следует продолжать и в послеродовом периоде. При анемии II-IV степени, в том же в случаях, когда анемия обнаружена в сроки 36-37 недель и необходимо до родов быстро восстановить гематологические показатели.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

*Парниева Ю.Р., Ганиева И.У., Валиева М.Ю.
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В профилактике бронхита большую роль играют ранняя санация очаговой носоглоточной инфекции, своевременное и рациональное лечение ОРЗ, пневмоний, борьба с «пассивным» курением, отсутствие контактов с больными ОРЗ, режим помещений в школе и дома.

Цель. Лечение рецидивирующего бронхита должна начинаться как можно раньше. Ребенок, перенесший на 1 – 2-м году жизни острую респираторную вирусную инфекцию или острую пневмонию и повторно болеющий респираторными заболеваниями, протекающими с кашлем, требует совместного обсуждения с рентгенологом и ЛОР-специалистом для уточнения диагноза и комплексного лечения.

Материалы и методы. При обострении бронхита назначается постельный режим на 5 – 10 дней, необходима создание оптимального воздушного режима в помещении с частым проветриванием. Длительность антибактериальной терапии должна составлять 8 – 10 дней при условии одновременного лечения сопутствующих заболеваний.

Результаты. Показаны средства, разжижающие мокроту и способствующие ее отхаркиванию. Аэрозоли содо-солевых растворов или щелочных минеральных вод применяются в первые 7 – 10 дней болезни, затем продолжают аэрозоли фитонцидов или настоя ромашки с шалфеем. При гнойных эндобронхитах осуществляют курс бронхологических санаций. Необходимо применять препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма и стимулирующие клеточный иммунитет. При стойкой гипогаммаглобулинемии проводится курс лечения гамма-глобулином.

Выводы. После обострения и в летний период рекомендуется лечение в местных пульмонологических санаториях.

МИДОКАЛМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

*Ганиева И.У., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одной из важнейших проблем современной медицины в последние десятилетия является проблема лечения хронических болевых синдромов. Хронический болевой синдром является наиболее частой причиной нетрудоспособности, вследствие чего превращается в серьезную экономическую проблему. Купирование болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника до настоящего времени представляет важнейшую проблему неврологии.

Цель: данного исследования: оценка клинической эффективности препарата мидокалм для купирования мышечно-тонических форм хронической люмбоишалгии при остеохондрозе позвоночника.

Материалы и методы. Нами исследовано 111 больных, из них 77 мужчин (69,4%) и 34 женщины (30,6%) в возрасте от 30 до 75 лет ($52,1 \pm 0,86$ лет), пришедших на лечение в неврологических отделениях клиник АГМИ. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа - контрольная – получала общепринятую базисную терапию. Вторая группа - основная – получала комплексное лечение, которое на фоне базисной терапии включала препарат мидокалм (толперизона гидрохлорид, Гедон Рихтер, Венгрия). 95% пациентов страдающих хроническими болями в позвоночнике, при обращении имели интенсивность болевого синдрома от 5 до 9 баллов по цифровой ранговой шкале боли, 65% пациентов имели значительное ограничение объема движений.

Результаты. Динамическое наблюдение групп показало следующее: уменьшение болей в покое, а также увеличение объема движений и значительное снижение дефанса мышц спины через одну неделю наблюдалось у пациентов, получивших мидокалм. У другой группы пациентов уменьшение болевого синдрома и восстановление объема движений происходило более медленными темпами – в течение 2-х и более недель.

После проведенного курса лечения 60% пациентов основной группы полностью избавились от боли, 30% отметили значительное улучшения общего состояния, уменьшение болевого синдрома, улучшение качества жизни, 10% была предложена консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Выводы. Таким образом, включение в комплексную терапию миорелаксантов позволяет купировать болевой синдром, эффективно корректировать статодинамические нарушения у больных остеохондрозом позвоночника с хроническими болями, возвращает работоспособную часть населения к труду

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС

*Гафуров М.Э., Рустамова И.К., Рахматуллаева Н.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Алкоголизм – это самое распространенное психическое заболевание с прогрессирующим течением, неволевым влечением к спиртным напиткам, а в далеко зашедших случаях стойкой психической деградацией. У пациентов под влиянием алкоголя развиваются психические и соматические расстройства. Эти расстройства сначала функциональны и обратимы при своевременной диагностике и терапии, но в запущенных случаях могут развиваться психические и органические расстройства, проявляющиеся энцефалопатией с изменением когнитивного статуса.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 20 больных с диагнозом хронический алкоголизм. Стаж болезни составлял от 6 до 15 лет, средний возраст составлял 35-60 лет. Из них 17 (85%) мужчин и 3 (14%) женщины. Психический статус исследовался по шкале Mini-Mental Scale Examination (Folstein, 1975), по которой 30-38 баллов - норма, 27-24-когнитивные нарушения, 23-20 баллов - деменция легкой степени, 19-11 баллов - деменция умеренной степени, 10-0 баллов - тяжелая деменция. Исследование когнитивного статуса у больных показало: у 14 больных (70%) - 20-19 баллов (умеренная деменция), у 3 больных (15%) - 23 балла (деменция легкой степени), у 3 больных (15%) - 10 баллов (тяжелая деменция).

Выводы. У больных хроническим алкоголизмом отмечается прямая связь употребления алкоголя и возникновения когнитивных нарушений, которые проявляются снижением интеллекта вплоть до деменции тяжелой степени. Ранняя диагностика этих состояний позволяет проводить адекватное лечение и продуктивную коррекцию выявленных симптомов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

*Далимова К., Насирдинова Н.А., Абдуллаева М.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время установлено, что эпилепсия не является единым заболеванием с различными видами приступов, а разделяется на отдельные формы, имеющие свои электроклинические особенности, терапевтические подходы и варианты прогноза. Эпилепсия с миоклоническими приступами – одна из форм идиопатической генерализованной эпилепсии, характеризующаяся билатерально-синхронными миоклониями, преимущественно в руках и плечевом поясе, в большинстве случаев с сохранённым сознанием, при вовлечении ног – внезапное падение. Иногда припадки следуют залпами. В связи с полиморфизмом эпилепсии, отсутствием единых подходов к пониманию этиопатогенеза эпилептизации головного мозга, особенно на фоне органических заболеваний и их последствий, традиционно придаётся большое значение изучению редких и труднокурабельных форм заболевания.

Перед нами была поставлена цель – исследовать течение миоклонических пароксизмов и пути коррекции данных пароксизмов.

Результаты и обсуждение. Под наблюдением находились 12 больных эпилепсией в возрасте от 5 до 14 лет, у которых пароксизмы проявлялись миоклоническими подергиваниями. Исследование общего и неврологического статуса не выявило грубых органических поражений. На ЭЭГ определялась генерализованная пароксизмальная активность у всех обследованных нами больных. Кроме того, необходимо отметить, что 5 больных, находившихся под наблюдением, были детьми из 2 семей, т.е. в одной семье у двух детей, в другой у 3 детей наблюдались миоклонии. Именно в этих семьях родители были родственниками. Частота пароксизмов составила 3-4 припадков в течение недели, у 3 больных приступы наблюдались ежедневно. Таким образом, наблюдения показали, что как детская, так и юношеская миоклоническая эпилепсия при близких родственных браках (хотя в анамнезе родители отрицали наличие в роду болезни) может проявляться у детей, что согласуется с данными авторов о генетической предрасположенности данной формы эпилепсии. Всем пациентам проведено лечение препаратами вальпроевой кислоты, однако монотерапия не привела к купированию приступов, в связи с чем в лечение был добавлен еще один противосудорожный препарат.

Выводы.

1. Юношеская миоклоническая эпилепсия чаще всего проявляется частыми миоклоническими подергиваниями в основном на лице, руках и плечевом поясе, с вовлечением всей скелетной мускулатуры и падениями или переходом в статус.
2. Проведённая монотерапия дает лишь временный эффект и купирование приступов может быть достигнуто при проведении дуо- или тритерапии.
3. Препаратом выбора при миоклонической эпилепсии является вальпроевая кислота и препарат Литерам.
4. Прогноз заболевания не всегда благоприятный в отличие от синдрома Янца, т.к. на практике выявляется склонность миоклонических подергиваний к распространению на всю скелетную мускулатуру и переход в генерализованный эпилептический приступ или в статус миоклонических приступов.

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА КОМПЛЕКСНЫМИ ИММОБИЛИЗОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Далимова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При наличии широкого спектра лекарственных препаратов, необходимых для эффективного лечения воспалительных заболеваний пародонта, добиться желаемого результата в полной мере удастся не всегда. В связи, с чем вызывают интерес средства более длительного, пролонгированного действия, в которых носителем лекарственного препарата выступают сорбенты медицинского назначения. Иммобилизация лекарственных средств на сорбентах может использоваться для лечения самых различных стоматологических заболеваний. Важно, что при этом не только сохраняются свойства препаратов, но и пролонгируется время их действия.

Научно обоснованный выбор компонентов, их рациональное сочетание позволяют повысить терапевтическую эффективность иммобилизованных лекарственных препаратов. Для многофакторного воздействия на этиопатогенетические механизмы развития воспалительных заболеваний пародонта нами для исследования выбран комплекс препаратов: нимесулид, метронидазол и хлоргексидин с иммобилизацией указанного комплекса на полисорбе.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта комплексными иммобилизованными препаратами.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены у 240 больных (126 мужчин и 114 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. Лечение проведено больным хроническим генерализованным катаральным гингивитом в стадии обострения (80 человек) и хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степеней тяжести в стадии обострения (160 человек).

Результаты исследования. На основании проведенных клинико-рентгенологических, реопародонтографических и цитоэнзимохимических исследований установлено, что применение иммобилизованного нимесулида местно в виде повязок и путем введения в пародонтальные карманы эффективно при лечении хронического катарального гингивита и хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести в стадии обострения.

Предлагаемый комплекс иммобилизованных лекарственных препаратов при лечении воспалительных заболеваний пародонта положительно влияет на цитоэнзимохимические показатели функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов: содержание катионных белков увеличивается до 42,1%, активность миелопероксидазы возрастает до 56,5%, щелочной фосфатазы - до 60,8%.

При гингивите и пародонтите воспалительный процесс сопровождается повышением тонуса и снижением эластичности сосудов пародонта с нарушением локальной гемодинамики, проявляющимися в увеличении сопротивления притоку и оттоку крови. Применение комплекса иммобилизованных препаратов способствует нормализации реопародонтографических показателей микроциркуляции: индекса периферического сопротивления - до 57,14%, показателя тонуса сосудов — до 0,78%, индекса эластичности - до 1,55%.

Применение нестероидного противовоспалительного препарата нимесулида по клинической эффективности превосходит антимикробный гель, содержащий метронидазол и хлоргексидин. Количество рецидивов при хроническом катаральном гингивите в стадии обострения меньше на 52%, при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени тяжести в стадии обострения - на 38,4%, при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести в стадии обострения - на 28,6%.

Лекарственный комплекс, состоящий из иммобилизованных нимесулида, метронидазола и хлоргексидина обеспечивает стойкое купирование воспалительного процесса в тканях пародонта, приближает к нормальным величинам индексные и биохимические показатели состояния пародонтальных тканей. Лечебный эффект при использовании комплексного препарата по сравнению с действием его составляющих наступает в более короткие сроки, при меньшей частоте рецидивов и большей длительности сохранения полученного лечебного эффекта.

Вывод. Предложено и внедрено в практику при лечении хронического генерализованного гингивита и хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести в стадии обострения использование инновационного комбинированного лекарственного комплекса: иммобилизованных на полисорбе нимесулида, метронидазола и хлоргексидина.

Применение иммобилизованных нимесулида, метронидазола и хлоргексидина обеспечивает положительную динамику основных пародонтальных индексов на фоне нормализации показателей гемодинамики в тканях пародонта.

Высокая эффективность, отсутствие побочного действия и доступность иммобилизованных на полисорбе нимесулида, метронидазола и хлоргексидина позволяют широко использовать их в практической работе врачей-стоматологов.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С КАРИЕСОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Далимова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несвоевременное и некачественное лечение кариеса зубов приводит к распространению процесса и развитию воспаления пульпы зуба и пародонта, причиной которых наиболее часто является патогенная микрофлора. От эффективности лечения кариеса зубов и его осложнений в значительной мере зависит частота развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи.

Развитие современной стоматологии таково, что она позволяет не только лечить, но и предупреждать развитие кариеса зубов и болезней пародонта. Эффективность лечения кариеса и его осложнений во многом зависит не только от профессиональной компетентности врача, но и от ряда особенностей пациента.

Неудовлетворительная гигиена полости рта, связанная с недостаточным уходом пациента за зубами, также является фактором риска развития кариеса и его осложнений. Однако в литературе не изучена связь качества жизни пациентов и наличия или отсутствия у них поведенческих факторов риска, что и обусловило актуальность настоящей работы.

Цель исследования. Улучшение качества жизни у пациентов с кариесом с учетом их индивидуальных особенностей.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 142 человека в возрасте от 21 до 50 лет, средний возраст $37,2 \pm 7,6$ лет. Среди пациентов было 48 мужчин и 94 женщины. Пациенты были разделены на две группы. Группа 1 - пациенты, обратившиеся по поводу лечения кариеса и его осложнений, группа 2 - пациенты, наблюдающиеся по поводу заболеваний пародонта и обратившиеся по поводу лечения кариеса или его осложнений.

Результаты исследования. Вне зависимости от воспалительных заболеваний тканей пародонта при снижении высоты нижнего отдела лица качество жизни снижается в 2 раза по сравнению с пациентами с нормальной высотой лица. Пациенты с кровоточивостью десен имеют качество жизни в 1,5 хуже, чем без кровоточивости. Наличие зубного налета ухудшает качество жизни в 1,2 раза. Пациенты со средней степенью деструкции костной ткани имеют более низкое качество жизни, по сравнению с пациентами, у которых изменений в костной ткани нет или выявлена легкая степень деструкции (в 1,7 и 1,4 раза соответственно) ($p < 0,05$).

Качество жизни мужчин в 1,13 раза хуже, чем у женщин вне зависимости от наличия воспалительных заболеваний тканей пародонта. Пациенты в возрасте 30-40 лет имеют качество жизни, сниженное в 1,2 раза, и 40-50 лет - сниженное в 1,4 раза по сравнению с пациентами в возрасте от 20 до 30 лет. Пациенты считающие, что у них есть проблемы со здоровьем, имеют в 1,37 раза более низкое качество жизни, по сравнению с пациентами, считающими себя практически здоровыми. Пациенты группы 1, направленные на лечение врачами - стоматологами другой специальности имеют в 1,8 раз более низкое качество жизни, по сравнению с пациентами, которые пришли с целью профилактического осмотра и с острой болью.

Проведенное лечение кариеса приводит к улучшению качества жизни пациентов группы 1 в 1,26 раза через 6 месяцев. После лечения качество жизни пациентов в возрасте 20-30 лет является более высоким, чем у пациентов в возрасте 30-40 и 40-50 лет, при этом в результате лечения качество жизни возрастает в 1,6, 1,9 и 2 раза соответственно.

Вывод. Наше исследование показало, что кариес приводит к изменению качества жизни пациентов. При этом на качество жизни влияют как клинические показатели, так и ряд социальных факторов. Проведенное лечение кариеса повышает качество жизни пациентов.

Таким образом, пациенты старших возрастных групп более чувствительны к проведенному стоматологическому лечению, что еще раз подчеркивает необходимость более внимательного отношения к ним со стороны врача.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ И ДОПЛЕРОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АНЕМИЙ

Делкашева Ш.Д., Ахмедова Х.Ю., Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. К настоящему времени нет детального анализа ультразвуковой картины органов в зависимости от тяжести анемического синдрома, длительности его течения и наличия сопутствующей патологии. Недостаточно этот метод используется при динамическом наблюдении за больными с различными формами анемий. Нет данных о параметрах кровотока в сосудах портальной системы при анемиях, не выделены типы портальной гемодинамики при вовлечении в патологический процесс печени. В отечественной и иностранной литературе отсутствуют данные по комплексной ультразвуковой оценке мочевыделительной системы, а также изменений доплерографических характеристик почечного кровотока при различных формах анемий. Нет данных о сопоставлении лабораторных показателей, характеризующих состояние функции почек, с результатами различных методов визуальной оценки почек.

Проведение исследований в этом направлении позволит восполнить существующие пробелы. Этим и обусловлена актуальность темы диссертационного исследования.

Цель исследования. Разработать ультразвуковые критерии поражения печени, селезенки и почек при различных формах анемий и обосновать необходимость использования сонографии при анемиях.

Материалы и методы исследования. Решение поставленных задач проводилось на основании клинико-лабораторного и инструментального обследования больных, которые находились на стационарном и/или амбулаторном лечении в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Изучены дифференциально-диагностические признаки поражения печени и селезенки у больных ЖДА с учетом длительности ее течения и дана оценка кровотока в сосудах этих органов с использованием доплерографического метода исследования у 80 больных в возрасте 16 - 52 лет. Выделены 2 группы: в 1 группу вошли

50 больных с длительностью заболевания от 6 мес. до 120 мес.; во 2 группу - 30 больных с длительностью болезни от 120 - 444 мес.

При УЗИ печени у больных 1 группы размеры обеих долей печени были не изменены. Анализ гепатограмм показал, что у преобладающего большинства больных плотность органа не менялась. Только у 16% больных обнаруживались единичные крупные эхосигналы. При изучении печени у больных 2 группы в целом выявлялось лишь умеренное превышение контрольных показателей. Однако у 40% больных печень была увеличена, повышалась ее акустическая плотность. В паренхиме регистрировались средние и крупные эхосигналы и скопления из них

При УЗИ селезенки длина и ширина независимо от давности заболевания существенно не отличалась от контрольных показателей. Между тем более значимые изменения зафиксированы при исследовании селезеночного индекса, площади, объема и массы селезенки. Анализ полученных показателей с учетом длительности патологического процесса позволил обнаружить, что у ряда больных, главным образом с длительностью болезни 5-7 лет, наблюдался рост указанных показателей и изменение эхоструктуры органа. Уплотнились стенки внутриселезеночных сосудов, повышалась эхогенность селезенки за счет звуковых сигналов от стенок сосудов. Более отчетливое увеличение этих показателей с изменением эхоструктуры селезенки выявлены у больных 2 группы.

При измерении сосудов в обеих группах больных отмечалось увеличение диаметра селезеночной вены (СВ) и селезеночной артерии (СА). Величина линейной скорости кровотока (ЛСК) в СВ, как максимальная, так и минимальная была понижена. Анализ скоростных параметров кровотока в общей печеночной артерии (ОПА) выявил снижение максимальной и, наоборот, увеличение минимальной скорости ($V_{\max} 101,0 \pm 12,0$ см/сек, $V_{\min} 30,0 \pm 4,0$ см/сек, $P < 0,05$). Наблюдалось умеренное расширение печеночных вен. У больных 2 группы выявлены более заметные отклонения от нормальных значений.

Максимальная и минимальная скорость кровотока по СВ снижена. При этом менялся характер кровотока, который становился монофазным. Индекс резистентности по сравнению с больными первой группы увеличивался. Оценка кровотока по ОПА у больных 2 группы показала, что по мере прогресси-рования процесса и увеличения длительность заболевания, максимальная ЛСК замедлялась ($V_{\max} - 58,0 \pm 10,0$ см/сек, $P < 0,05$) и одновременно с этим повышалась $V_{\min} - 40,2 \pm 5,0$ см/сек ($P < 0,05$). Анализ результатов кровотока в ВВ выявил закономерное снижение его у больных 2-й относительно 1-й группы. Увеличение диаметра ВВ сопровождалось значительным снижением линейных скоростных потоков. Направление кровотока по воротной вене было обычным, однако нередко он становился монофазным.

Резюмируя приведенные данные по ультразвуковому и доплерографическому исследованию печени при ЖДА, следует отметить, что в течение первых лет болезни размеры печени у больных остаются не измененными. Однако при длительности заболевания более 10 лет выявленные изменения отчетливее. Полученные результаты доплерографического исследования показали, что наряду с ростом объемных показателей печени и селезенки, наблюдалась дилатация сосудов портальной системы. У больных ЖДА 2 группы происходила значительная перестройка гемодинамики в венах воротной системы, выражавшаяся в увеличении диаметра воротной и селезеночной вен, а также в снижении показателей линейной скорости кровотока в воротной вене. Проведенное исследование венозного и артериального кровотока позволило нам выделить 2 типа портальной гемодинамики у больных ЖДА.

Вывод. Обоснована важность и необходимость использования ультразвукового и доплеровского методов исследования при различных формах анемий. Включение ультразвукового исследования в комплекс обследования больных с различными формами анемий расширяет диагностические возможности, помогает оценить степень поражения печени, селезенки и почек.

Предложенные ультразвуковые критерии позволят оказать помощь клиницистам при дифференциальной диагностике различных форм анемий и в отборе больных для инвазивных методик углубленного гематологического обследования.

Полученные данные открывают дополнительные возможности дифференциальной диагностики хронических диффузных заболеваний печени и поражений печени при анемиях.

Деление изменений портальной гемодинамики на различные типы при анемиях и хронических диффузных заболеваниях печени коррелирует с длительностью, стадией и тяжестью заболевания и открывает дальнейшие перспективы для дифференцированной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Делкашева Ш.Д., Ахмедова Х.Ю., Якубекова М.К., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время лечение миелодиспластического синдрома вышло за рамки наилучшей поддерживающей терапии: заместительные гемотранфузии, ростовые факторы, проводившейся с целью облегчения симптомов.

По результатам исследований общая выживаемость пациентов, получающих только поддерживающую терапию достаточно низка и существенно отличается в различных группах в зависимости от варианта заболевания в соответствии с классификацией ВОЗ (медиана выживаемости пациентов с диагнозом рефрактерная анемия - 63 месяца, рефрактерная анемия с кольцевыми сидеробластами - 77 месяцев, рефрактерная цитопения с мультитилинейной дисплазией - 86 месяцев, рефрактерная анемия с избытком бластов-1 - 27 месяцев, рефрактерная анемия с избытком бластов-Н - 15 месяцев). При лечении пациентов с миелодиспластическим синдромом малыми дозами цитазинарабинозида медиана ОВ находится в пределах 15 месяцев. Общая 5-летняя выживаемость пациентов, получивших высокодозную химиотерапию, составляет - 7%.

Цель исследования. Оценить эффективность аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток с использованием различных режимов кондиционирования и источников трансплантата у пациентов с миелодиспластическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 70 больных в возрасте от 18 до 73 лет (медиана возраста 53 года), 39 мужчин и 31 женщина, страдающие миелодиспластическим синдромом (МДС) и хроническим миеломоноцитарным лейкозом (ХММЛ).

Результаты исследования. Среди пациентов, получивших МАК было 10 женщин (67%) и 5 мужчин (33%), медиана возраста пациентов составила 46 лет (18-67), из них возраст меньше 50 лет был у 8 человек (53%), больше 50 - у 7 (47%). 7 человек (47%) имели благоприятный вариант кариотипа, 2 (13%) - промежуточный, 6 (40%) - неблагоприятный. В качестве источника трансплантата КМ использовали у 1 человека (7%), ПСКК - у 14 человек (93%). Родственная аллотГСК была проведена у 2 пациентов (13%), неродственная - у 13 (87%), при этом донор был полностью совместим по системе НБА в 20% (n=3), частично совместим в 80% (n=12). Донор и реципиент совпадали по полу в 60% (n=9), донор женщина, реципиент мужчина были в 7% (n=1), донор мужчина, реципиент женщина - в 33% (n=5).

В группе пациентов, получивших РКСИД, было 34 мужчины (62%) и 21 (38%) женщина, медиана возраста составила 54 года (18-37), возраст меньше 50 лет был у 18 человек (33%), больше 50 лет - у 37 (67%). 67% пациентов (n=37) имели благоприятный вариант кариотипа, 4% (n=2) - промежуточный, 29% (n=16) - неблагоприятный. АллотГСК от родственного донора была проведена у 14 пациентов (25%), от неродственного донора у 41 пациента (75%), от НБА полностью совместимого донора - у 20 пациентов (36%), от НБА частично совместимого донора 35 (84%). В качестве источника трансплантата КМ использовали у 8 пациентов (15%), ПСКК у 47 пациентов (85%). Донор и реципиент совпадали по полу в 58% (n=32), донор женщина, реципиент мужчина были в 16% (n=8), донор мужчина, реципиент женщина - в 26% (n=14).

Профилактику оРТПХ у большинства пациентов проводили циклоспорином А (ЦСА) (91%, n=63) в дозе 3-5 мг/кг с дня -1 в комбинации с метотрексатом (10 мг/м² Д+1, +3, +6) или микофенолат мофетилем (ММФ), либо такролимусом (9%, n=6) в дозе 0,03 мг/кг с дня -1 перед аллотГСК в комбинации с ММФ или метотрексатом. В случае аллотГСК от неродственного донора использовали, антилимфоцитарный глобулин (АТГ) в дозе 60-80 мг/кг или алемтузумаб 40 мг (при повторной аллотГСК). Метотрексат в режиме профилактики оРТПХ получили 21 человек (30%, n=70). В группе пациентов, получивших МАК (n=15) режим профилактики оРТПХ содержал метотрексат у 10 человек (67%). У пациентов, получивших РКСИД (n=55), режим профилактики оРТПХ содержал такролимус у 12 человек (22%).

До алло-ТГСК у 6 пациентов из 70 (9%) была проведена иммуносупрессивная терапия (ЦСА, глюкокортикоиды или АТГ), у 20 человек (29%) - химиотерапия или терапия гипометилирующими препаратами. Терапию гипометилирующими препаратами получили 7 человек (10%), 5 женщин и 2 мужчин, медиана возраста составила 53 года (22-72). 5 человек имели диагноз РАИБ-П, 1 - РЦМД, 1 - ХММЛ. У 4 пациентов были комплексные нарушения кариотипа, у 2 пациентов - моносомия 7 хромосомы, нормальный кариотип был у 1 человека. При этом децитабин получали 4 человека, 5-азациитидин — 3 человека. Количество курсов препаратов в среднем было 4 (1-7). В последующем 5 пациентов перенесли неродственную аллотГСК, 2 - родственную аллотГСК. 5 пациентов получили РКСИД и 2 - МАК.

Вывод. Миелодиспластический синдром из-за разнообразия клинических проявлений, трудностей в диагностике и лечении является одной из самых сложных нозологических форм в гематологии. В настоящее время аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток - единственный способ излечения пациентов с миелодиспластическим синдромом. Факторы прогноза заболевания и профилактика осложнений раннего и позднего периодов после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток имеют решающее значение для повышения эффективности лечения. Определение оптимального варианта режима кондиционирования для каждой группы пациентов, способов профилактики острой «реакции трансплантат против хозяина», источника трансплантата позволит увеличить общую и безрецидивную выживаемость, снизить смертность, связанную с трансплантацией и рецидивами заболевания

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ АТОПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

*Джумабаева С.Э., Джумабаев Э.С., Валиева М.Ю., Насирдинов М.А., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Бронхиальная астма (БА) является социальной проблемой, что обусловлено значительной распространенностью ее во всех странах мира. На сегодняшний день известно, что около 14% детей и 8,6% взрослых страдают БА, что по данным Global Initiative for Asthma (GINA, 2019) составляет около 360 млн. пациентов в мире. И предполагают, что к 2025 году это число увеличится еще на 100-150 млн. человек. Ежегодно около 250 тыс. человек умирают от БА.

Общеизвестно, что основными предрасполагающими факторами риска БА являются генетическая предрасположенность, гиперреактивность бронхов, как повышенная реакция бронхов на раздражитель и атопия, т.е. - гиперпродукция антител IgE, как реакция на воздействие аллергенов окружающей среды. В связи с этим нами была поставлена цель изучить атопическую коморбидность у больных БА, с учетом гендерных различий.

Методом случайной выборки были обследованы больные БА, находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении в терапевтических отделениях клиники медицинского института. Для определения контроля заполнялся опросник – тест по контролю над астмой. Выполнялись общеклинические, лабораторные (общие анализ крови, мокроты с определением уровня эозинофилов), инструментальные (спирометрия, рентгеноскопия/графия, ЭКГ) исследования. Специальное исследование для определения атопии – уровень аллергических иммуноглобулинов Е-антител - IgE.

В результате обследования 72 больных БА (25% мужчин (18 чел.), и 75% женщин (54 чел.)) было получено, преобладание аллергического фенотипа БА среди всех обследованных больных - 69,4% (50 чел.), причем достоверно больше среди женщин – 74,1% (40 чел.), по сравнению с мужчинами – 55,5% (10 чел.), P<0,05.

А при изучении атопической коморбидности получено, что аллергический ринит и конъюнктивит встречались у 55,5% и 38,9% всех больных БА, причем, достоверно чаще встречались у женщин – 66,7% и 48,1%, соответственно, по сравнению с мужчинами – 22,3% и 11,1% (P<0,005). Аллергический дерматит отмечен у 27,8% больных, из них у 33,3% мужчин и у 25,9% женщин, P>0,05. Атопическая коморбидность отсутствовала у 33,3% мужчин и у 18,5% женщин.

Сочетание аллергического ринита и конъюнктивита встречалось у 33,3% лиц, сочетание аллергического конъюнктивита и дерматита отмечено у 8,3% больных БА.

Проведенное нами исследование позволило определить, значительную частоту atopической БА, как среди мужчин, так и среди женщин Ферганской долины. Среди atopической коморбидности лидирующее место занял аллергический ринит, особенно у женщин. Это подтвердило гипотезу, что БА и ринит являются единым заболеванием объединенных дыхательных путей ("united airways disease", ВОЗ, 2003), что обусловлено общностью механизмов развития воспаления верхних и нижних дыхательных путей. И это обстоятельство необходимо учитывать при выявлении atopии, как у больных с БА, так и без нее, которая часто предшествует появлению симптомов астмы, для своевременной диагностики и патогенетической терапии atopической коморбидности.

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Джумабаева С.Э., Джумабаев Э.С., Валиева М.Ю., Насирдинов М.А., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Как известно, последние годы характеризуются ростом заболеваемости и тяжести течения бронхиальной астмы (БА). По социальной значимости БА выходит на одно из первых мест среди заболеваний органов дыхания.

Согласно Global Initiative for Asthma (GINA), 2017 выделяют следующие фенотипы БА: 1. Аллергическая астма (аллергены вызывают сенсибилизацию и работают по механизму реактивного IgE-ответа), для которой характерно начало заболевания с детства, ассоциируется с atopией, т.е. гиперпродукцией антител IgE, как реакции на воздействие аллергенов окружающей среды; 2. Неаллергическая астма (ассоциирована с назальными полипами, чувствительностью к аспирину; манифестации предшествует респираторная вирусная инфекция. К неиммунологическим механизмам патогенеза относят дисгормональный и нервно-психический вариант БА. Существует мнение, что развитию БА способствуют некоторые эндокринные нарушения и дисфункция системы гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников. Чаще болеют женщины. В среднем пациенты старше, чем при atopической астме. Она хуже поддается лечению ингаляционными глюкокортикостероидами); 3. БА с поздним началом - чаще встречается у женщин; 4. БА с фиксированным ограничением скорости воздушного потока (за счет ремоделирования стенок бронхов); 5. БА на фоне ожирения; 6. БА+хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) overlap.

Мы изучили фенотипы БА в нашем регионе, с учетом гендерных различий. Проанализировано состояние 72 больных БА, из них мужчин было 25% (18 чел.), женщин 75% (54 чел.).

Аллергический и неаллергический фенотипы БА определялись по уровню эозинофилов крови (более 300 кл/мл или $\geq 3\%$) и уровню IgE.

Результаты исследования показали преобладание аллергического фенотипа среди всех обследованных больных - 69,4% (50 чел.), причем достоверно больше среди женщин - 74,1% (40 чел.), по сравнению с мужчинами - 55,5% (10 чел.), $P < 0,05$.

Неаллергический фенотип БА встречался у 30,6% (22 чел.), но достоверно чаще у мужчин 45,5% (8 чел.), по сравнению с женщинами - 25,9% (14 чел.), $P < 0,05$. При анализе уровня IgE мы получили следующие результаты: число позитивных и негативных результатов было равным и не зависело от гендерных различий. Данный факт мы склонны объяснить, вероятно, небольшим числом исследований уровня IgE (18 чел.).

Фенотип БА на фоне ожирения среди женщин, т.е. при ИМТ $\geq 30,0-34,9$ (1 степень ожирения) встречалась у 25%, при ИМТ 35,0-39,9 (2 степень ожирения) - у 6,3%, при ИМТ $\geq 40,0$ (3 степень ожирения) - у 12,5%. Избыточная масса тела у женщин, т.е. ИМТ - 25,0-29,9 отмечена у 18,7% и нормальный ИМТ имели только 18,7%. Среди мужчин, больных БА фенотип с 1 степенью ожирением встречался у 14,3%, избыточную массу тела имели 57,1%, нормальный ИМТ был у 28,6%. Ожирения 2-3 степени отмечено не было.

Фенотип БА + ХОБЛ overlap встречался у 11,1% (2 чел.) мужчин и у 3,7% (2 чел.) женщин.

Таким образом, проведенное нами исследование показало преобладание в нашем регионе аллергического фенотипа БА, как среди мужчин, так и, особенно, среди женщин, что совпадает с данными других исследователей, изучавших данную проблему в разных странах мира. А неаллергический фенотип, также как и фенотип БА+ХОБЛ чаще встречались у мужчин, что позволяет предположить роль курения и других поллютантов, участвующих в развитии неаллергического воспаления бронхов. Фенотип БА на фоне ожирения достоверно чаще отмечен у женщин.

АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ГОРОДЕ САМАРКАНД

*Джуроева З.А., Нарбаев А.Н., Насруллаева У.Ф.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский областной эндокринологический диспансер*

Цель исследования. Оценить распространенность диабетической полинейропатии, диабетической макроангиопатии нижних конечностей, синдрома диабетической стопы (СДС) и ампутаций нижних конечностей у пациентов сахарным диабетом (СД) в городе Самарканд.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы данные Государственного регистра больных сахарным диабетом города Самарканд, отделения «Диабетическая стопа», «Эндокринологический диспансер», «О соблюдении стандартов ведения больных сахарным диабетом» за 2018 год.

Результаты исследования. По данным Государственного регистра в 2019 г. количество больных сахарным диабетом в городе Самарканд составило 12 780 человек. Из них диабетическая нейропатия встречается у каждого 7, диабетическая макроангиопатия - у каждого 10, синдром диабетической стопы - у каждого 32 пациента. Ампутация

конечности выполнена у 1 пациента из 350. Причем в $\frac{2}{3}$ случаях операции выполнены на уровне голени и выше. В отделение диабетической стопы в 2019 г. было осмотрено 1233 человек, из них впервые 1233 пациентов (100%). Преобладали больные со стажем заболевания 10-19 лет (29%). У 58% была выявлена диабетическая нейропатия (64,2% с низким риском, 22,6% – с умеренным риском и 15,2% – с высоким риском развития синдрома диабетической стопы). Диабетическая макроангиопатия по результатам ультразвуковой доплерографии диагностирована у 48% обследованных. По уровню парциального напряжения кислорода в тканях стоп преобладали пациенты с I стадией хронической артериальной недостаточности (ХАН) – 49,2%. У 15,4% больных была диагностирована III стадия хронической артериальной недостаточности. Синдром диабетической стопы встречался у 5,8% пациентов (с преобладанием смешанной формы – 62,8%). Ампутации в анамнезе выполнены у 1,9% обследованных, причем в 96,1% случаев – в пределах стопы. У 27,2% обратившихся диабетических осложнений нижних конечностей выявлено не было. В 2019 г. на базе областного эндокринологического диспансера Самарканда количество ампутаций нижних конечностей составило 0,3% от всех больных сахарным диабетом. Средний возраст пациентов составил 62,8 года, стаж сахарного диабета 17,8±2 года. Ампутации на уровне бедра выполнены у 25% пациентов, на уровне голени – у 35,6%, в пределах стопы – у 39,4% пациентов. Из них ранее было осмотрено в отделение диабетической стопы 5 пациента (28%). При осмотре была выявлена диабетическая полинейропатия высокой степени риска (9-10 баллов по шкале NDS (Янга)), диабетическая макроангиопатия нижних конечностей (хроническая артериальная недостаточность III степени). Были даны рекомендации по динамическому наблюдению в кабинете «Диабетическая стопа», которые пациентами не были соблюдены.

Выводы. Необходимо продолжить внедрение единых алгоритмов ранней диагностики и ведения пациентов с диабетической полинейропатией и диабетической макроангиопатией нижних конечностей врачами различных специальностей (эндокринолог, педиатр, хирург, сосудистый хирург, невролог). Это нужно в целях снижения частоты развития синдрома диабетической стопы и профилактики ампутаций нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом.

СИНДРОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Джураева З.А., Казимова З.Р., Курбонова Н.С., Муминов О.Б., Ризаев Ж.А., Негматова Г.Ш.

Цель. Изучить структуру токсического зоба в йоддефицитном регионе г.Самарканда.

Материалы и методы. Обследовано 232 пациентов с синдромом тиреотоксикоза, обратившиеся к участковым эндокринологам с 2018 по 2019 гг. Уровни тиреоидных гормонов (тиротропина ТТГ, свободного трийодтиронина Т₃, свободного тироксина Т₄) определялись методом ИФА аппаратом ТЕКАН. Антитела к рецептору ТТГ (АТрТТГ) определялись ИФА методом I поколения при помощи набора Medizym P.R.A., Mediplan Diagnostica. Рекомендуемая точка разделения-9 ед/л. Ультразвуковое исследование проводилось при помощи аппарата Aloca-1500 с линейным датчиком 7,5МГц. Сцинтиграфия щитовидной железы проводилась с использованием ^{99m}Tc. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы STATISTICA6.0.

Результаты. Из 232 пациентов с синдромом тиреотоксикоза выявлено 67 пациентна с болезнью Грейвса (БГ)- 28,87%, средний возраст-38,6±9,5, функциональная автономия щитовидной железы (ФА)- 48 пациента-20,68%, средний возраст-53±3,18, аутоиммунный тиреоидит – 33 пациента – 14,22%, средний возраст – 35±8,5, амиодарониндуцированный тиреотоксикоз – 3 человека – 1,39%, средний возраст – 60±8,1. По возрастной структуре прослеживается типичная закономерность, т.е. пик заболевания болезни Грейвса приходится на 35-50 лет, функциональной автономии щитовидной железы – на 52-68 лет. По зонам проживания выявлено следующее: в Жамбайском районе – болезнь Грейвса у 19 человек (28,35%), функциональная автономия щитовидной железы – у 11 человек (22,91%), аутоиммунный тиреоидит – у 5 человек (15,15%), амиодарониндуцирующий тиреотоксикоз – у 2 человек (66,66%); в Нурободском районе: болезнь Грейвса – у 8 человек (11,9%), функциональная автономия щитовидной железы – у 5 человек (10,41%), аутоиммунный тиреоидит – у 4 человек (12,12%), амиодарониндуцирующий тиреотоксикоз – 1 чел (33,33%); в Ургутском районе – болезнь Грейвса – у 21 человек (31,34%), функциональная автономия щитовидной железы – у 13 человек (27,08%), аутоиммунный тиреоидит – у 8 человек (24,24%), амиодарониндуцирующий тиреотоксикоз-2 чел (66,66%). У 3-х пациентов с функциональной автономией щитовидной железы были выявлены АТрТТГ.

Выводы. В регионе йодного дефицита г. Самарканда в этиологической структуре синдрома тиреотоксикоза превалируют аутоиммунное заболевание щитовидной железы– болезнь Грейвса-28,87% и йоддефицитное функциональная автономия щитовидной железы – 20,68%. Не выявлена зависимость между структурой токсического зоба и зоной проживания. Результаты исследования АТрТТГ нужно интерпретировать только в контексте с остальными исследованиями, а не как самостоятельный метод дифференциальной диагностики болезни Грейвса.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАБЕРГОЛИНА И ДОСТИНЕКСА ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

*Джураева З.А., Негматова Г.Ш., Курбонова Н.С., Муминов О.Б.
Самаркандский государственный медицинский*

Цель исследования. Сравнить эффективность каберголина и достинекса при лечении первичной и симптоматической гиперпролактинемии (ГПРЛ, ППРЛ, СГПРЛ).

Материалы и методы. проведено лечение агонистами дофамина 74 больных, из них у 30 обнаружена пролактинома, у 44 установлена СГПРЛ вследствие гипотиреоза (n=23), патологии органов малого таза (n=12), дисфункции надпочечников (n=7), ликворной гипертензии (n=2). Лечение агонистами дофамина проводилось всем больным с ППРЛ и 29 с СГПРЛ. Срок наблюдения составил от 1 года до 4-х лет.

Результаты. При ПГПРЛ исходный уровень ПРЛ был достоверно выше, чем при СГПРЛ, соответственно $\pm$ нг/мл и $\pm$ нг/мл, и ГПРЛ была стойкой, при СГПРЛ лабильной. Спонтанной нормализации уровня ПРЛ и ПГПРЛ не наблюдали ни в одном случае. В 23 случаях для лечения пролактиномы применен каберголин. Плохая переносимость препарата была у всех без исключения больных, причем у них установлена потребность в больших дозах каберголина (до 4 табл./сут.). Через 6 месяцев лечения не наступило достоверного снижения уровня ПРЛ в крови. Переносимость достинекса была хорошей у всех больных с ПГПРЛ, при этом через 6 месяцев лечения уровень ПРЛ существенно снизился ($\pm$; $p < 0,01$). У 9 больных, получавших лечение достинексом в течение ≥ 3 лет, найдено уменьшение размеров опухоли. Рефрактерность к препарату отмечена лишь у одной женщины, самовольно несколько раз прекращавшей прием достинекса; больной проведена аденомэктомия гипофиза. Достинекс при СГПРЛ вызывал длительное угнетение секреции ПРЛ; в 7 случаях ПРЛ в течение 2-3 мес. был ниже нормы. Лечение основного заболевания при СГПРЛ устраняло ГПРЛ без агонистов дофамина.

Выводы. Агонисты дофамина должны применяться для лечения ПГПРЛ и не показаны больным с СГПРЛ. Эффективность короткодействующих пропрепаратов (каберголина) недостаточна при ПРЛ-секретирующих опухолях. Препаратом выбора для лечения пролактином является достинекс.

РАННИЕ КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Долимова М.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность исследования. Приступообразная шизофрения составляет 42,9-46,7% всех форм шизофрении. Большинство исследователей считают благоприятной социально-трудовую реадaptацию больных приступообразной шизофренией, особенно рекуррентной формы.

Однако довольно значительно и число больных, социально дезадаптированных, снизивших квалификацию, перешедших на инвалидность. Так инвалидность составляет 44,8-52,2%, из них 29,6-34,5% - инвалиды I – II группы, т.е. полностью нетрудоспособные. По данным Л.Я.Успенской, уже после первого приступа инвалидность достигает 26,1%, в том числе I – II групп – 18,7%. В связи с этим практически важно решение вопросов социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией.

Успех социально-трудовой реадaptации зависит от того, насколько правильно и своевременно определен социально-трудовой прогноз, поэтому мы поставили цель разработать его критерии.

Материалы и методы исследования. Для решения задачи проведено клинко-эпидемиологическое обследование 228 больных приступообразной шизофренией с большой длительностью заболевания (свыше 15 лет). Больных рекуррентной шизофренией (РШ) было 188, с приступообразно-прогредиентной (ППШ) 40.

Синдромологическую классификацию приступов и ремиссий проводили, руководствуясь рекомендациями методического письма «Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией».

При квалификации социальной адаптации больных использовали модифицированные параметры уровней социально-трудовой адаптации применительно к приступообразной шизофрении: 1 уровень – социально-трудовая адаптация на том же уровне, что до болезни; 2-а уровень – снижение социальной адаптации при сохранении профессиональной; 2-б – снижение социальной и профессиональной адаптации.

Большой прогностической информативностью обладает комплекс социально-преморбидных характеристик личности (преморбид, наследственность, образование, квалификация, семейное положение, возраст дебюта болезни), дающих всестороннее представление о личности больного к началу заболевания и позволяющих уже на ранних этапах его с большой степенью достоверности судить о социально-трудовом прогнозе.

Мы обнаружили, что 1 уровень адаптации чаще встречается у больных с рекуррентной формой (36,0% и 5,5%, $P < 0,001$), 2-б – у больных с приступообразно-прогредиентной формой (30,7% и 66,3%, $P < 0,05$).

Анализ зависимости социально-трудовой адаптации от характерологических особенностей больных выявил четкую корреляцию при обеих формах шизофрении. Так, число больных без характерологических черт в преморбиде уменьшается по мере снижения уровня социально-трудовой адаптации как при рекуррентной форме (51,9% и 26,1%, $P < 0,05$), так и приступообразно-прогредиентной (66,7% и 21,6%, $P < 0,05$). Обратная зависимость обнаружена при анализе больных с шизоидными чертами личности в преморбиде – их число увеличивается по мере снижения уровня социально-трудовой адаптации при обеих формах заболевания (26,2% и 54,1%, $P < 0,001$; 33,3% и 59,7%, $P < 0,05$). Эти данные указывают на благоприятное прогностическое значение нормального преморбида и неблагоприятное – преморбида шизоидного типа для больных шизофренией обеих форм.

Достоверной зависимости динамики социально-трудовой адаптации тематических больных и больных с наследственной отягощенностью не обнаружено ни при рекуррентной форме заболевания, ни при приступообразно-прогредиентной, т.е. этот фактор не имеет значения для определения социально-трудового прогноза больных.

Высокий уровень образования к началу заболевания оказался прогностически значимым для больных РШ, так как число лиц, имевших образование выше общего среднего, уменьшалось по мере снижения уровня СТА (40,5% и 19,5%, $P < 0,001$). Образование ниже неполного среднего оказалось неблагоприятным фактором прогноза – число больных с таким уровнем образования увеличивалось по мере снижения уровня СТА при обеих формах заболевания (33,3% и 62,2%, $P < 0,001$; 33,3% и 59,5%, $P < 0,05$).

Число больных, занимавшихся к началу заболевания умственным трудом, уменьшалось по мере снижения уровня СТА как при рекуррентной (42,9% и 27,0%, $P < 0,05$), так и ПП форме (66,7% и 37,3%, $P < 0,05$), что указывает на благоприятное прогностическое значение этого фактора. Анализ других видов труда (квалифицированный и неквалифицированный физический) в зависимости от динамики СТА не обнаружил статистически значимых корреляций.

При рекуррентной форме заболевания по мере снижения уровня СТА увеличивается число лиц, состоявших в браке к началу заболевания (33,3% и 54,1%, $P<0,05$). Среди больных с ПП формой заболевания статистически достоверной корреляции этих факторов не выявлено, что свидетельствует о малой прогностической ценности фактора семейного положения для определения социально-трудового прогноза этих больных.

Возраст к моменту начала заболевания оказался прогностически неинформативным фактором.

Выводы. Отсутствие патологических черт характера в преморбиде, образование выше среднего общего, занятие умственным трудом и наличие своей семьи (для больных рекуррентной формой) к началу заболевания являются благоприятными критериями социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией.

Шизоидные черты характера в преморбиде, образование ниже неполного среднего и отсутствие семьи (для больных рекуррентной формой) являются критериями неблагоприятного социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией.

Наследственная отягощенность и возраст к началу заболевания недостаточно надежные и информативные критерии социально-трудового прогноза.

ВЛИЯЕТ ЛИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА?

Дорошкевич И.П.¹, Мохорт Т.В.², Казак И.С.³, Хоперский П.Г.³

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет» Гродно, Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет» Минск, Беларусь

³УЗ «Гродненская университетская клиника» Гродно, Беларусь

Актуальность проблемы. Количество пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа постоянно увеличивается. Одной из причин невозможности достижения целевых значений гликемии у пациентов с СД является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Диагностика СОАС сегодня выполняется с помощью полисомнографического (ПСГ) мониторинга, позволяющего точно определить тяжесть СОАС, а также оценить влияние СОАС на другие параметры ночного сна.

При подборе гипогликемической терапии для пациентов с СД 2 типа, ориентиром выступает множество параметров. Это не только значение гликированного гемоглобина (HbA1c), вариабельность гликемии в течение суток, наличие осложнений СД, но и наличие сопутствующей патологии. СОАС, как самостоятельная нозологическая форма, является фактором риска развития метаболического синдрома, неалкогольной жировой болезни печени, негативно отражается на синтезе соматотропного гормона, пролактина, тестостерона, оказывает непосредственное влияние на структуру сна, является фактором риска развития вторичной инсомнии. СОАС также вызывает состояние ночной гипоксемии, влияющей на развитие и течение сердечно-сосудистой патологии у пациентов с СД 2 типа. Поэтому поводом для данного исследования явилась оценка влияния гипогликемической терапии на параметры СОАС и углеводный обмен у пациентов с СД 2 типа.

Цель исследования. Определить влияние гипогликемической терапии гликлазидом и вилдаглиптином на показатели СОАС у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 25 пациентов. Всем пациентам выполнена оценка HbA1c, анализ данных ПСГ, анализ шкалы сонливости Эпворта (ШСЭ). В зависимости от гипогликемической терапии все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты группы 1 ($n=14$) принимали метформин (2500 мг/сут) в сочетании с гликлазидом МР (60 мг/сут). Пациенты группы 2 ($n=11$) принимали метформин (2500 мг/сут) в сочетании с вилдаглиптином (100 мг/сут). Период наблюдения составил 6 месяцев. После периода наблюдения проведено повторное обследование.

Результаты исследования. Пациенты 1 и 2 групп на момент включения в исследование сопоставимы по стажу СД 2 типа, возрасту. Индекс массы тела (ИМТ) в группе 1 составил $36,8 \text{ кг/м}^2$, в группе 2 – $35,5 \text{ кг/м}^2$ ($p=0,05$). Значения HbA1c не были достоверно различимы в группах сравнения на момент включения пациентов в исследование (8,4% против 8,0%, в группах 1 и 2). С учетом наличия у пациентов кардиоваскулярной патологии, целевой уровень HbA1c был определен как 7,5%. Результаты опросника ШСЭ: в группе 1 – 15 баллов, в группе 2 – 12 баллов. Анализ данных ПСГ свидетельствует о СОАС средней степени тяжести в группах 1 и 2 (индекс апноэ-гипопноэ сна (ИАГ)) – 28,1 против 27,0 эпизодов/час. Степень насыщения крови кислородом (SpO₂): 89,1% против 90,5%, средняя длительность эпизодов апноэ сна 32с. против 29с. в течение ночного сна в группах 1 и 2 соответственно ($p>0,05$, для всех групп сравнения). Коэффициент эффективности сна (КЭС) зафиксирован ниже общепринятых нормальных (85%) значений в двух группах сравнения 76% против 78% (в группах 1 и 2, $p<0,05$).

Через 6 месяцев после проведенного лечения показатель HbA1c в группах 1 и 2 составил 7,2 % против 7,4%, соответственно ($p=0,05$), также отмечено снижение ИМТ в исследуемых группах ($35,3 \text{ кг/м}^2$ против $33,8 \text{ кг/м}^2$ ($p<0,05$)). При сравнении показателей ИМТ до и после изменения терапии отмечается достоверное различие между показателями группы 2 ($35,5 \text{ кг/м}^2$ против $33,8 \text{ кг/м}^2$, $p<0,05$). Определено улучшение результатов, согласно опросника ШСЭ (13 баллов против 8 баллов в группах 1 и 2 ($p<0,05$)): в группе 2 до и после изменения терапии (12 баллов против 8 баллов ($p<0,05$)).

По результатам ПСГ, спустя 6 месяцев исследования установлено, что ИАГ в группе 1 составил 26,8 эпизодов/час против 20,9 эпизодов/час в группе 2 ($p<0,05$), сравнение значений до и после добавления вилдаглиптина в группе 2 выявило значительное снижение ИАГ (27,0 против 20,9 эпизодов/час, $p<0,05$). Показатели SpO₂ в группах 1 и 2 – 92,3% и 93,1% соответственно, $p=0,05$. Также выявлено сокращение продолжительности эпизодов апноэ сна в группе 2 (29,5с. против 19,5с, $p<0,05$). Полученное улучшение параметров дыхания во время сна повысило КЭС (77,5% в группе 1 против 82,4% в группе 2 ($p<0,05$)) и при сравнении с показателями до и после добавления к терапии вилдаглиптина (78% против 82,4%, $p<0,05$).

Выводы. В группах исследования, при использовании комбинаций лекарственных средств, удалось достичь целевых значений гликемии и отметить тенденцию снижения веса. Назначение метформина (2500 мг/сут) в сочетании с

вилдаглиптином (100 мг/сут) у пациентов с СД 2 типа с СОАС в течение 6 месяцев сопровождалось уменьшением значений показателей ИАГ, сокращением длительности эпизодов апноэ сна, улучшением показателей ШСЭ, повышением КЭС. Однако, снижение показателей ИАГ не привело к выраженному снижению степени тяжести СОАС и улучшению насыщения крови кислородом у пациентов двух групп как до, так и после изменения терапии, а соответственно, не изменило тактику терапии СОАС, что диктует необходимость подбора CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) – терапии пациентам с СОАС средней степени тяжести и наличием состояния хронической ночной гипоксемии. Тем не менее, использование гликлазида МР и вилдаглиптина не обеспечивают нормализации полисомнографических показателей.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Усманов С.С., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Оценить лабораторные характеристики ХГС у больных с метаболическим синдромом, абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью.

Материалы и методы. В исследование включены 115 больных с ХГС малосимптомным течением заболевания, компенсированной или субкомпенсированной функцией печени (58 мужчин и 57 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет. Диагноз установлен на обнаружении в крови маркеров вируса гепатита HCV-Ab, RNA-HCV, а также по совокупности клинико-anamnestических, эпидемиологических, биохимических, инструментальных данных согласно классификации хронических гепатитов (Лос Анжелес 1994 год). Критериями исключения при подборе пациентов были признаки субкомпенсированного и декомпенсированного цирроза печени (по Чайльд-Пью 1973 год), возраст старше 55 лет, другие хронические заболевания печени гепатит В, прием гепатотоксичный и иммуносупрессивных препаратов, употребление наркотических средств и хронический алкоголизм, сахарный диабет, неконтролируемая и симптоматическая артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и тяжелая сопутствующая соматическая патология.

Результаты исследования. Учитывая значение АО как обязательного компонента метаболического синдрома, оценили его в группе обследованных больных. Абдоминальное ожирение было выявлено у 46,1 % больных ХГС. Гендерных различий в частоте выявления АО не найдено (0,05). Вместе с тем АО более часто было выявлено у больных ХГС старше 40 лет (71,1%) в сравнении с младшей возрастной группой (33,8 %) $P < 0,001$. При сопоставлении АО с ИМТ что 60,4% больных ХГС абдоминальное ожирение сочеталось с ИМТ, а у 24,5% с ожирением, в то время как 15,1% больных масса тела была нормальной.

Метаболический синдром диагностировали у 15% с ХГС. У больных ХГС с АО метаболический синдром встречался чаще (28,3 %). Мы проанализировали встречаемость отдельных компонентов метаболического синдрома. Следует отметить, что у большинства с АО (73%) выявлялся хотя бы один дополнительный компонент метаболического синдрома, среди которых наиболее часто было снижение уровня ХСЛПВП (52%).

Выводы. Метаболический синдром выявлен у 13% больных ХГС, абдоминальное ожирение (46,1%), а инсулинорезистентность (28,7%). Инсулинорезистентность встречается чаще у больных ХГС с абдоминальным ожирением, чем без него. Снижение уровня антиатерогенного ХСЛПВП встречается при ХГС 51,3% случаев, при этом частота этого признака не зависит от абдоминального ожирения. Наличие у больных ХГС абдоминального ожирения, метаболического синдрома, инсулинорезистентности сопровождается большей биохимической активностью гепатита.

РАННИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ГЕНОТИП 1b

*Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Усманов С.С., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Заболеваемость гепатитом С растет, инфицируются преимущественно молодые люди, у части из которых без адекватного лечения к зрелому возрасту сформируется цирроз печени. Это потребует больших материальных затрат на оказание им медицинской помощи и социальной поддержки.

Цель исследования. Выявление ранних критериев эффективности противовирусного лечения хронического гепатита С, генотип 1b, у мужчин препаратом Вирпас.

Методы исследования. В исследование включено 66 больных ХГС, находящихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении Андижанского государственного медицинского института в период с 2017 года по 2019 г.

Результаты. Нормализация уровня активности АЛТ у больных ХГС, генотип 1b, в период противовирусной терапии препаратом Вирпас нижеследующее.

Нормализация уровня активности АЛТ на фоне комбинированной противовирусной терапии определена нами как положительный биохимический ответ. У части больных было отмечено снижение уровня активности АЛТ, хотя нормальный уровень АЛТ не был достигнут. Это было расценено как частичный положительный биохимический ответ. Положительный биохимический ответ через 4 недели лечения был достигнут у 23 больных из 66, у 1 пациента был частичный положительный биохимический ответ. По истечении 8 недель комбинированной противовирусной терапии нормализация активности АЛТ отмечалась у 26 пациентов. У 1 больного сохранялся частичный положительный биохимический ответ. К концу 12 недель лечения положительный биохимический ответ достигнут у 28 пациентов. По истечении 24 недель противовирусной терапии у 28 из 66 больных активность АЛТ оставалась в пределах нормальных величин.

Выводы. Таким образом, анализируя динамику активности АЛТ на фоне комбинированной противовирусной терапии больных ХГС, генотип 1b препаратом Вирпас, было выявлено, что через 4 недели АЛТ нормализовалась у 34,8%

больных. После 8 недель этот показатель составлял 39,3%. Число больных с положительным биохимическим ответом после 12 недель составило 42,4% и сохранялось на этом уровне на протяжении дальнейшего лечения. Через 48 недель, т.е. на момент окончания противовирусной терапии нормальный уровень АЛТ сохранялся у 40,9% пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА И МОНТЕЛУКАСТА НАТРИЯ

Жураев С.О.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность: Хронический аллергический бронхит (ХАБ) представляет собой диффузное аллергическое воспаление бронхов, которая характеризуется поражением респираторных структур, ведущее к формированию бронхообструктивного синдрома, и прогрессирующего нарушения легочной вентиляции и газообмена. ХАБ представляет медико социальную проблему которая часто приводит к нетрудоспособности и инвалидности трудоспособного населения.

Цель исследования: изучение эффективности комбинированного действия левоцетиризина и монтелукаста у больных ХАБ молодого возраста.

Материал и методы: обследовано 60 пациентов с ХАБ которые были разделены на две группы (основная-30, контрольная-30), которые полностью сопоставимы между собой по возрасту, полу, и выраженности клинических симптомов. Пациентам обеих групп проводилось лечение в соответствии со стандартами лечения ХАБ включавшее антигистаминные препараты, бронхолитики и муколитики. Пациентам основной группы дополнительно назначался левоцетиризин и монтелукаст натрия по 1 таблетке 1 раз в сутки перед сном в течение 30 дней. Переносимость препарата в 88% случаев была хорошая, ухудшения состояния больных, связанных с приемом было отмечено у 12% больных.

Результаты: Представляет интерес тот факт, что субъективное улучшение самочувствия отмечалось пациентами основной группы на 5-6 дня раньше, чем в группе контроля. У пациентов, принимавших левоцетиризин и монтелукаст натрия, быстрее, по сравнению с контрольной группой, увеличивалась толерантность к физической нагрузке. А так же было отмечено клиническое улучшение в виде уменьшения кашля в основной группе -77,5%, в контрольной группе – 22,5%, уменьшение одышки – 70%, - 30%, уменьшение выделения мокроты -55,5%, -22% соответственно. Динамика результатов спирометрического исследования на фоне лечения были следующие - ЖЕЛ, (в % от должных) в основной группе 85,5±3,5, в контрольной группе-64,2±3,7, ОФВ₂ (в% от должных) – 80,5±2,4, - 54,5±3,2, МОС₇₅, (в % от должных) - 56,85±3,1, - 34,21±2,2 соответственно. У пациентов основной группы значение индекса Тиффно на фоне лечения достоверно увеличилось на 19,7% и составило 74,1±2,2, в контрольной группе - незначительно увеличилось на 5,8% и составило 63,6±3,2.

Заключение: Таким образом, положительная динамика показателей спирометрии больных ХАБ молодого возраста на фоне лечения левоцетиризин и монтелукаст натрия, была более выраженной, чем у пациентов, получавших лечение без него. В группе больных получавших комбинированную терапию отмечалось улучшение самочувствия, исчезновение кашля и одышки и лучшее отхождение мокроты. Также очень достоверно улучшились показатели внешнего дыхания.

СОСТОЯНИЕ КОРОТКОЦЕПНЫХ ПЕПТИДОВ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ГИДРОЛАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Жураева М.А., Алейник В.А., Бабич С.М., Н.Д.Ашуралиева, М.А.Ашуралиева

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. У больных с хроническими заболеваниями печени вирусной этиологии обоснованна целесообразность изучения функционального состояния желудка и поджелудочной железы как органов, достаточно часто сопряженно вовлекаемых в патологический процесс. Исследования в крови амилазы, липазы, пепсиногена-1 и пепсиногена-2, и комплексная оценка состояния поджелудочной железы у больных хроническими вирусными поражениями печени позволила выявить нарушения функционального состояния органа в 80% случаев при хроническом гепатите и в 96,3% случаев - при циррозе печени [1].

Цель исследования. Изучить особенности изменения содержания гидролаз крови, инкретированных желудком и поджелудочной железой, при хроническом вирусном гепатите В и проанализировать механизмы этих изменений.

Материалы и методы. В иммунологической лаборатории научно-исследовательской лаборатории Андижанского государственного медицинского института обследованы 118 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 70 лет. Для сравнения была сформирована группа здоровых в количестве 42 человек, у которых отсутствовали маркеры вируса гепатита В (HBV), и печеночные пробы были в норме. Из обследованных, 76 имели положительные серологические маркеры HBV инфекции: из них 47 пациентов имели комбинацию маркеров, характеризующих постинфекцию HBV. У 29 человек имелись серологические маркеры, указывающие на хроническую HBV инфекцию.

Результаты исследования. У пациентов с HBV постинфекцией показатели печеночных проб были достоверно выше, чем у здоровых лиц, а показатели АЛТ и АСТ находились в пределах нормы, показатели общего билирубина и прямого билирубина незначительно выше нормы. У этих же лиц, несмотря на отсутствие выраженного активного HBV процесса, отмечалось достоверное повышение в крови амилазы по отношению к здоровым лицам, и этот показатель был незначительно выше нормы. Показатели липазы были недостоверно выше, чем у здоровых. Они находились также в пределах нормы. Пепсиноген-1 находился в пределах нормы, но при этом был достоверно ниже, чем у здоровых, пепсиноген-2 также находился в пределах нормы, но был, несущественно выше, чем у здоровых лиц.

В группе больных хронической HBV инфекцией показатели учитываемых печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего и прямого билирубина были выше нормы и достоверно превышали таковые показатели у лиц с HBV постинфекцией. В

этой же группе больных, отмечался высокий средний показатель в крови амилазы, достоверно превышающий показатель у лиц с HBV постинфекцией, который был значительно выше нормы. В большей мере, но не достоверно отмечалось повышение липазы, в сравнении, с лицами с HBV постинфекцией, которое было также выше нормы. При этом показатели пепсиногена-1 были меньше нижнего предела нормы и достоверно значительно ниже, чем у лиц с HBV постинфекцией. В тоже время показатели пепсиногена-2 находились в пределах нормы, но были несколько выше, чем у лиц с HBV постинфекцией.

Вывод. У больных хронической HBV инфекцией установлено повышенное содержание амилазы и липазы в крови, что может указывать на увеличение функциональной активности поджелудочной железы, и развитие скрытой формы панкреатита. Одновременно снижение концентрации сывороточного пепсиногена-1 до значений менее 40 мкг/л, может указывать на заметное уменьшение секреции соляной кислоты и развитие атрофического гастрита. Мы предполагаем, что основным фактором, способствующим развитию указанных нарушений, является ХЦК-8, утилизация которого уменьшается у больных хронической HBV инфекцией.

СОВРЕМЕННЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Жураева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Поскольку активность заболевания при пародонтите определяется сложным взаимодействием между различными звеньями иммунной системы и пародонтопатогенами, комплексное исследование Th1, Th2, Th17 - иммунных ответов поможет объяснить причину бесконтрольного размножения патогенов, вызывающих пародонтит, что приводит к возникновению инфекционно-воспалительного процесса в пародонтальной области.

Эти знания необходимы для развития иммуномодулирующих стратегий при лечении пародонтита, а также для максимальной защиты и минимизации разрушений тканей пародонта.

В рамках расширенной парадигмы Th1/Th2/Th17, вероятно, можно будет объяснить, чем обуславливается защитная или деструктивная реакция в пародонте отдельных клеток, и тогда вероятно, появится возможность разработать адекватные терапевтические вмешательства, максимизирующие защитные и минимизирующие деструктивные функции Т-клеток при заболеваниях пародонта.

Цель исследования. Изучение иммунологических аспектов хронического генерализованного пародонтита для разработки персонализированного подхода к лечению и оценки прогноза течения заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 340 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, обратившихся в момент обострения заболевания, которые составили основную группу. Средний возраст обратившихся был 38±0,5 лет, из них 30,1% составили мужчины.

Результаты исследования. Результаты исследований провоспалительных цитокинов ТТ4Р α , 1РБ γ у, 1Б-18, 1Б-17 показывают, что наибольший уровень в десневой жидкости определяется по содержанию ТБ γ Р, который достигает до 268±37,16 пкг/мл, и превосходит таковой у практически здоровых лиц более, чем в 7 раз. Наряду с этим содержание противовоспалительного цитокина - 1Б-4 в десневой жидкости составило 1,92±1,3 пкг/мл, что более чем в 6,6 раз ниже, чем у практически здоровых лиц, а содержание 1Б-10 определяется на уровне 1,36±0,92 пкг/мл, что только в 2 раза ниже его содержания в десневой жидкости контрольных лиц.

Среди обследованных пациентов у 46,2% повышение содержания сывороточного интерферона в крови достигало 16-32 ед/мл, что является отражением острых воспалительного процесса. Кроме того, у этих же лиц, определялось 8-16 кратное снижение IFN α продуцирующей способности лейкоцитов крови относительно физиологической нормы и более чем 20 кратное снижение продукции IFN у in vitro. У 23% значительное снижение IFN α и IFN γ продуцирующей способности лейкоцитов не сопровождалось повышением содержания эндогенного IFN в крови. Уровень его продукции определялся на уровне нижней границы физиологической нормы, но в условиях in vitro тестировались следы продукции спонтанного IFN, что является показателем депрессии системы IFN и указывает на наличие хронической персистирующей инфекции, связанной, возможно, с формированием в очаге воспаления бактериальных сообществ в виде биопленок различных инфекционных агентов. У остальных 30,8% снижение IFN α и - у продуцирующей способности лейкоцитов носило менее выраженный характер и сочеталось с повышением уровня сывороточного интерферона выше верхней границы физиологической нормы.

После проведенного лечения у 81% пациентов нормализуются изучаемые иммунные показатели, тогда как у 15% пациентов они остаются без изменений по сравнению с исходной точкой. При этом 4% отказались сдавать кровь на повторное исследование. У всех пациентов с клинической ремиссией заболевания показатели иммунитета нормализовались; у всех пациентов с неэффективным лечением активность иммунной системы не изменилась. Наблюдалась нормализация субпопуляций клеток белой крови (Таблица 11). Снизилось число лимфоцитов, CD19+, CD25+-клеток, повысилось число CD3+, CD4+-клеток, нормализовались уровни общих иммуноглобулинов.

По всей вероятности, описанная нормализация клеточного состава после эффективного лечения пародонтита приводит к тому, что в крови и десневой жидкости наблюдается нормализация содержания изучаемых цитокинов. Снижается уровень ЮТ α , №N7, интерлейкинов 17 и 18, повышается уровень интерлейкинов 4 и 9, уровни ЗЯАЫКБ и ОРВ снижаются, хотя и не достигают значений у здоровых лиц

Вывод. Развитие хронического генерализованного пародонтита сопряжено с наличием модифицируемых и немодифицируемых факторов риска. Среди немодифицируемых основными являются: женский пол, возраст. Основными модифицируемыми факторами риска являются: нерациональное питание, гиподинамия, курение, ожирение.

До начала лечения больные хроническим генерализованным пародонтитом характеризовались повышенным индексом кровоточивости и подвижности зубов, сниженным в 2,2 раз индексом гигиены, низким качеством жизни. Проведенное лечение через 6 месяцев привело к нормализации указанных показателей у 81% пациентов, причем они перестали достоверно отличаться от таковых от группы лиц, не имеющих заболеваний пародонта. (p<0,05)

Неэффективность лечения хронического генерализованного пародонтита связана с модифицируемыми и немодифицируемыми факторами риска. Среди немодифицируемых выявлены женский пол и возраст. Среди модифицируемых основными являются: курение, нерациональное питание, гиподинамия, аборт в анамнезе у женщин. При пародонтите изменяются показатели клеточного звена иммунитета. Наиболее информативными являются: увеличение абсолютного и относительного числа $CD25^+$ клеток (78,5% пациентов) в сочетании с повышением $CD16^+$ естественных киллеров (53% пациентов).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА “DENTA-CEM” В СОЧЕТАНИИ С ГЛУБОКИМ ФТОРИРОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОМ “DENTA-FLUO” ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА АТРАВМАТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Жураева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучение эффективности лечения кариеса зубов у «проблемных» пациентов с использованием атравматичного восстановительного метода с применением более экономичного стеклоиономерного цемента “Denta-Cem” в сочетании с глубоким фторированием препаратом “Denta-Fluo” местного производства от ООО Denta's Pfarma.

Задачи исследования. Оценить эффективность использования стеклоиономерного цемента “Denta-Cem” в сочетании с глубоким фторированием препаратом “Denta-Fluo” при ART-технике пломбирования кариозных полостей.

Материалы и методы. Для определения эффективности применения стеклоиономерного цемента “Denta-Cem” в сочетании с глубоким фторированием препаратом “Denta-Fluo” при ART-технике пломбирования кариозных полостей проведено пломбирование молочных зубов у 23 детей в возрасте от 2 до 7 лет и постоянных зубов у 16 беременных женщин в различные сроки беременности с диагнозом «средний кариес». Подбирались пациенты, которые имели более одного кариозного зуба, и контрольный зуб пломбировался без глубокого фторирования. Этапы препарирования кариозных полостей у детей 2-4 лет проводились исключительно ручными инструментами, а именно, острыми экскаваторами различных размеров.

У детей 5-7 лет и у взрослых пациентов для снятия нависающих краёв эмали воспользовались машинными методами препарирования. Для антисептической обработки кариозных полостей использовали 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата. Контрольные наблюдения проводились в течение 6 месяцев, если обращались с какими-либо жалобами.

Жалобы на молочные зубы, пломбированные без глубокого фторирования, были у 9 детей в основном 2-4 летнего возраста. Жалоб на зубы, пломбированные с глубоким фторированием препаратом “Denta-Fluo”, не было. Полное краевое прилегание сохранилось у 17 детей этого возраста.

У 7 беременных женщин с поздними сроками беременности были жалобы на боли от температурных раздражителей на зубах, пломбированных без глубокого фторирования. Жалоб на зубы пломбированные с глубоким фторированием препаратом “Denta-Fluo” не было, но краевое прилегание пломб было нарушено на всех зубах.

Вывод. Исходя из вышесказанного, ART реставрации с применением стеклоиономерного цемента “Denta-Cem” в сочетании с глубоким фторированием препаратом “Denta-Fluo” достаточно эффективны в детской практике. Глубокое фторирование препаратом “Denta-Fluo” дает хорошие результаты лечения среднего и глубокого кариеса во всех возрастных группах за счет усиленной минерализации твердых тканей зуба. Для взрослых пациентов применение СИЦ, в частности “Denta-Cem” из-за низких прочностных характеристик и недостаточной адгезии к эмали, желательно использовать лишь в качестве изолирующей прокладки под композитные пломбы с машинными способами препарирования кариозной полости.

СОСТОЯНИЕ КОРОТКОЦЕПНЫХ ПЕПТИДОВ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ГИДРОЛАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Жураева М.А., Алейник В.А., Бабич С.М., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. У больных с хроническими заболеваниями печени вирусной этиологии обоснованна целесообразность изучения функционального состояния желудка и поджелудочной железы как органов, достаточно часто сопряженно вовлекаемых в патологический процесс. Исследования в крови амилазы, липазы, пепсиногена-1 и пепсиногена-2, и комплексная оценка состояния поджелудочной железы у больных хроническими вирусными поражениями печени позволила выявить нарушения функционального состояния органа в 80% случаев при хроническом гепатите и в 96,3% случаев - при циррозе печени [1].

Цель исследования. Изучить особенности изменения содержания гидролаз крови, инкретированных желудком и поджелудочной железой, при хроническом вирусном гепатите В и проанализировать механизмы этих изменений.

Материалы и методы. В иммунологической лаборатории научно-исследовательской лаборатории Андижанского государственного медицинского института обследованы 118 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 70 лет. Для сравнения была сформирована группа здоровых в количестве 42 человек, у которых отсутствовали маркеры вируса гепатита В (HBV), и печеночные пробы были в норме. Из обследованных, 76 имели положительные серологические маркеры HBV инфекции: из них 47 пациентов имели комбинацию маркеров, характеризующих постинфекцию HBV. У 29 человек имелись серологические маркеры, указывающие на хроническую HBV инфекцию.

Результаты исследования. У пациентов с HBV постинфекцией показатели печеночных проб были достоверно выше, чем у здоровых лиц, а показатели АЛТ и АСТ находились в пределах нормы, показатели общего билирубина и

прямого билирубина незначительно выше нормы. У этих же лиц, несмотря на отсутствие выраженного активного HBV процесса, отмечалось достоверное повышение в крови амилазы по отношению к здоровым лицам, и этот показатель был незначительно выше нормы. Показатели липазы были недостоверно выше, чем у здоровых. Они находились также в пределах нормы. Пепсиноген-1 находился в пределах нормы, но при этом был достоверно ниже, чем у здоровых, пепсиноген-2 также находился в пределах нормы, но был, несущественно выше, чем у здоровых лиц.

В группе больных хронической HBV инфекцией показатели учитываемых печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего и прямого билирубина были выше нормы и достоверно превышали таковые показатели у лиц с HBV постинфекцией. В этой же группе больных, отмечался высокий средний показатель в крови амилазы, достоверно превышающий показатель у лиц с HBV постинфекцией, который был значительно выше нормы. В большей мере, но не достоверно отмечалось повышение липазы, в сравнении, с лицами с HBV постинфекцией, которое было также выше нормы. При этом показатели пепсиногена-1 были меньше нижнего предела нормы и достоверно значительно ниже, чем у лиц с HBV постинфекцией. В тоже время показатели пепсиногена-2 находились в пределах нормы, но были несколько выше, чем у лиц с HBV постинфекцией.

Вывод. У больных хронической HBV инфекцией установлено повышенное содержание амилазы и липазы в крови, что может указывать на увеличение функциональной активности поджелудочной железы, и развитие скрытой формы панкреатита. Одновременно снижение концентрации сывороточного пепсиногена-1 до значений менее 40 мкг/л, может указывать на заметное уменьшении секреции соляной кислоты и развитие атрофического гастрита. Мы предполагаем, что основным фактором, способствующим развитию указанных нарушений, является ХЦК-8, утилизация которого уменьшается у больных хронической HBV инфекцией.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИД ВА АЛЬДОСТЕРОННИНГ ЎРНИ

Закирова Г.А., Камилова У.К., Расулова З.Д., Хакимова Р.А., Утемуратов Б.Б.

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази

Муаммонинг долзарблиги: Жаҳонда сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) юрак - қон томир тизимининг энг кенг тарқалган, ривожланиб боровчи ва нохуш оқибатларга олиб келувчи касаллик бўлиб, Фремингем тадқиқотлари натижасига кўра ҳар ўн йилда икки баробарга ошиб бормоқда. Ушбу касаллик беморлар ҳаёт сифатини кескин ёмонлаштириши, ўлим хавфини 4 маротабага ошириши сабабли замонавий кардиологиянинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. СЮЕ келиб чиқишининг асосий сабабларидан бири юрак ишемик касаллиги бўлиб, касаллик патогенезида симпато-адренал (САТ) ва ренин-ангиотензин-альдостерон (РААТ) тизими фаоллашуви ва нейрогуморал омиллар орасида дисбаланс вужудга келиши билан боғлиқ. Симпато-адренал тизимнинг узок вақт давомида фаоллашиши бета адренергик рецепторлар тизими ҳолатига таъсир қилади ва β1- рецепторлари миқдори ва зичлиги камайишига ва юракда рецептор ва хужайра даражасидаги ўзгаришларга сабаб бўлади ва даволашнинг оптималлаштирилишига қарамасдан нохуш прогнози натижасида ўрганилаётган муаммонинг долзарблигини кўрсатади.. Ҳозирги кунда СЮЕ патогенезида нейрогуморал бошқарув бузилишлари, яъни симпатико-адренал тизими ва ренин-ангиотензин-альдостерон тизими фаоллиги, натрийуретик пептидлар миқдори ва уларнинг миокардга таъсири катта аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва буйраклар дисфункцияси (ДП) даражалари билан қон зардобидида мия натрийуретик пептидининг (NTproBNP) аминотерминал қисми ва альдостерон (Ал) нинг ўртақсидидаги боғлиқлиқни ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. СЮЕ билан касалланган Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг таснифига кўра I (19 та бемор), II (21 та бемор) ва III (12 та бемор) функционал синф (ФС) 52 бемор текширилди. Назорат гуруҳи 30 та шартли соғлом кишилардан иборат эди. Беморларнинг ўртача ёши $62,5 \pm 7,96$ ёшни ташкил қилди. Барча беморларда қон зардобидида креатинин (Кр), СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида ҳисоблаш орқали коптокчалар филтрацияси тезлиги (хКФТ), NTproBNP ва Ал даражалари аниқланди. Шунингдек, барча беморлар хКФТ га қараб 2 гуруҳга бўлинди: $30 < \text{хКФТ} \leq 60$ мл / дак / $1,73 \text{ м}^2$ - 14 бемор ва $\text{хКФТ} \geq 60$ мл / дак / $1,73 \text{ м}^2$ - 38 бемор.

Тадқиқотнинг натижалари. СЮЕ билан касалланган беморларда нейроргормонларнинг дастлабки даражаларини назорат гуруҳининг кўрсаткичлари билан таққослаганда NTproBNP ва Ал нинг СЮЕ да ФС ортиши билан ишонарли даражада кўпайиши аниқланди: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда - 89,5% ($p < 0,001$) га ва 70,4% ($p < 0,001$) га, II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда - 94,6% ($p < 0,001$) га ва 78,2% ($p < 0,001$) га, ва III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда - 96,3% ($p < 0,001$) га ва 80,3% ($p < 0,001$) га, мос равишда. Бундан ташқари, СЮЕ да ФС ўсиши билан I ФС СЮЕ бор бўлган беморларнинг кўрсаткичлари нисбатан II ФС бор бўлган беморларда NTproBNP ва Ал нинг 48,6% ($p < 0,05$) ва 26,2% ($p < 0,01$) га ва III ФС бор бўлган беморларда 65,2% ($p < 0,001$) га ва 33,4% ($p < 0,001$) га мос равишда ишонарли даражада юқорилиги кузатилди. хКФТ даражасига боғлиқ ҳолда нейроргормонларнинг кўрсаткичлари таҳлил қилинди: $\text{хКФТ} > 60$ мл / дак / $1,73 \text{ м}^2$ бўлган беморларга нисбатан NTproBNP ва Ал $\text{хКФТ} \leq 60$ мл / дак / $1,73 \text{ м}^2$ бўлган беморларда 56,3% ($p < 0,05$) га ва 16,5% ($p < 0,05$) га мос равишда юқори бўлди.

Хулоса. СЮЕ бор бўлган беморларда нейрогуморал омилларнинг - NTproBNP ва Ал ишонарли даражада кўпайиши СЮЕ нинг ФС ва буйрак дисфункцияси билан боғлиқлиги аниқланди.

ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОМУ ДИАБЕТУ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ПСМП ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ОЖИРЕНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗЛИЧНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ

*Зияева И.Д., Бахрамов С.Т., Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Неинфекционные заболевания зачастую развиваются из-за факторов риска - сочетание абдоминального ожирения, нарушенной толерантности к глюкозе, дислипидемии, артериальной гипертензии. Высокая и постоянно нарастающая встречаемость среди населения абдоминального ожирения и артериальной гипертензии привела к тому, что изучение распространенности метаболического синдрома у лиц разного пола и возраста в амбулаторных условиях, а также возможных путей коррекции его проявлений является актуальной задачей ВОП первичного звена здравоохранения.

Цель исследования. Изучение распространенности избыточной массы тела, ожирения, артериальной гипертензии в различных гендерных и возрастных группах.

Материалы и методы. Обследовано 80 лиц, направленных на профилактический медосмотр в семейную поликлинику №3 города Андижана. Пациентам проводилось антропометрическое обследование, включающее измерение массы тела, роста, обхвата талии. Расчет индекса массы тела (ИМТ), позволял поставить наличие и степень ожирения. Для диагностики составляющих метаболического синдрома использовались критерии ВОЗ (Адаптированный клинический протокол PEN 2015). Значения окружности талии у женщин >90 см и >100 см у мужчин оценивались, как превышающие допустимую норму. Артериальная гипертензия имела место при систолическом артериальном давлении более 130 мм.рт.ст и диастолическом более 85 мм.рт.ст. Обследованные были разделены на 2 группы. Первая группа - лица с ИМТ в пределах нормы численностью 30 человек: 16 женщин (52%), 14 мужчин (48%), средний возраст 47,6 лет. Вторая группа – страдающие как предожирением, так и ожирением различных степеней – 50 человек: 23 женщины (48 %), 27 мужчин (52%) средний возраст 48,9 лет. В обеих группах были выделены возрастные подгруппы: 40-49 лет, 50 лет и старше.

Результаты. Абдоминальное ожирение в первой группе выявлено у 4 пациентов (8%), во второй – у 43 обследованных (83%). Частота избыточной массы тела увеличивалась от 52% в возрастной подгруппе 40-49 лет до 72% в подгруппе старше 50 лет. Артериальная гипертензия была характерна для 7 человек из первой группы (14%) и 20 обследованных из второй группы (62%). При сравнении частоты встречаемости повышенного артериального давления среди мужчин и женщин с ИМТ >25 оказалось, что в 40-49 лет артериальная гипертензия преобладает у лиц мужского пола - 87,5%. С возрастом этот показатель снижается до 42,1%. У женщин, наоборот, с возрастом наблюдается постепенное увеличение частоты артериального давления. Их доля в подгруппе от 50 лет и старше достигала 57,9%.

Выводы. В возрастных подгруппах, начиная с 40 лет, наблюдается тенденция к увеличению частоты ИМТ >25 . Артериальная гипертензия в возрастных группах до 49 лет характерна для мужчин. Доля мужчин с артериальной гипертензией после 50 лет значительно снижается, а доля женщин возрастает у лиц с избыточной массой тела по сравнению с лицами с нормальной массой тела. Коррекция избыточной массы тела в различных гендерных и возрастных группах должна иметь индивидуальный подход и проводиться с учетом преобладания выявленных факторов риска.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА, АССОЦИИРУЮЩЕЙСЯ С НИМ ГИПОДИНАМИЕЙ И ПОВЫШЕНИЕМ АГ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР В СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №3 ГОРОДА АНДИЖАНА

*Зияева И.Д., Бахрамов С.Т., Мадумарова З.Ш., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Аннотация: Методом анкетного опроса изучали распространенность остеопороза с гиподинамией и повышенного АД в группе из 32 мужчин и женщин в возрасте 55 лет и старше, проходивших медицинский осмотр в условиях семейной поликлиники №3. Выявлен низкий уровень информированности по изучаемой проблеме и недостаточная частота назначения лечебной физкультуры среди пациентов с ранее установленным диагнозом остеопороза, что указывает на необходимость широкого применения образовательных программ по проблеме остеопороза и профилактике связанных с ним гиподинамии из-за болевого синдрома и повышения АД.

Цель. Определить особенности физической активности среди пациентов с остеопорозом при имеющемся болевом синдроме и частоту повышения АГ различной степени тяжести.

Материалы и методы. Были анкетированы и обследованы 32 пациента (17 женщины и 15 мужчин) с остеопорозом от 55 лет и старше, из них 26 страдали ожирением (средний вес в группе составлял 95 ± 5 кг), 6 – имели нормальную массу тела. У 26 пациентов имелась АГ различной степени выраженности.

Результаты. 6 пациентов (18,75%) вне зависимости от степени болей значительно ограничивают самостоятельные передвижения по дому, имеют представления о необходимости дозированных физических упражнений, пользуются помощью родственников при нанесении на суставы НПВС содержащих наружных средств без растирания и разминания суставов.

14 пациентов (43,75%) на высоте болей ограничивают самостоятельные передвижения по дому, имеют представления о необходимости дозированных физических упражнений, самостоятельно наносят на суставы НПВС содержащих наружные средства, ограничиваясь лишь лёгкими растираниями суставов.

7 пациентов (21,8%) ограничивают передвижения по дому, не имеют представления о необходимости дозированных физических упражнений, не принимают нанесение на суставы НПВС содержащих наружных средств с растиранием и разминанием суставов.

Лишь только 5 пациентов (15,7%) применяют ежедневные пешие прогулки в не зависимости от выраженности болевого синдрома.

У 27 пациентов (84,3%), ограничивающих самостоятельные передвижения по дому, достоверно чаще встречалось различной степени повышение АГ (92,5%), и удлинение сроков пребывания в постели при любой степени выраженности болевого синдрома. Из 5 пациентов (что составляет 15,6% от общего числа респондентов), применяющих ежедневные пешие прогулки только у 1 пациента имело место повышение АД.

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость широкого применения образовательных программ по проблеме остеопороза и профилактике связанных с ним гиподинамии из-за болевого синдрома и как следствие - повышения АД.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Ибрагимов Д.Н., Абдурахманов М.Г., Юлдашев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Синдром легочной гипертензии занимает существенное место в современной терапевтической клинике, являясь одной из сложных и до конца нерешенных проблем современной медицины. Вовлечение в патологический процесс малого круга кровообращения с формированием патогенетического звена легочной гипертензии различной степени выраженности часто определяет тяжесть течения, характер и прогноз при различных заболеваниях органов дыхания и кровообращения.

Клиническая картина легочной гипертензии развивается на достаточно поздних стадиях. Одним из первых симптомов может быть одышка, однако при вторичной гипертензии малого круга кровообращения этот симптом не является специфичным, а может быть проявлением основного или сопутствующего заболевания.

Диагностика легочного васкулита остается сложной проблемой, т. к. может протекать бессимптомно, но вызывать развитие легочной гипертензии и легочного сердца. Поэтому значительным подспорьем в диагностике ранних признаков легочной гипертензии являются различные инструментальные методы исследования.

В отечественных работах по ревматологии отсутствуют исследования, посвященные изучению состояния гемодинамики малого круга кровообращения у больных РА, в которых отражалось бы влияние клинических, лабораторных и инструментальных данных, а также сопутствующей терапии артрита на формирование легочной гипертензии, что определило необходимость изучения данной проблемы.

Цель исследования. Определение ранних признаков нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения у больных ревматоидным артритом, выяснение их особенностей в зависимости от клинко-инструментальных характеристик артрита.

Материалы и методы исследования. Обследованы 85 пациентов с РА в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст $48,34 \pm 7,97$), находившихся на лечении в клинике АГМИ. Критериями включения в исследование являлись: подтвержденный диагноз РА, возраст до 60 лет, отсутствие сопутствующей патологии со стороны органов дыхания (ХОБЛ, бронхиальная астма), эндокринной системы, почек, печени, онкологической патологии, ИБС.

Результаты исследования. Из наблюдаемых нами пациентов с РА основную группу составили 65 женщин (76,47%) - и 20 мужчин (23,53%), ИМТ составил $25,60 \pm 4,89$. Длительность заболевания составила в среднем - 7,75 (3-И 0) лет (минимальная продолжительность 6 месяцев, максимальная - 33 года). У всех пациентов с РА определялся полиартрит. Все пациенты имели II (43 пациента) и III (42 пациента) степени активности по DAS 28. У 52-х пациентов с РА (61,17%) выявлялся ревматоидный фактор, который определялся в сыворотке крови по латекс-тесту. Среди наблюдаемых нами пациентов у 45 человек (52,9%) определялась III стадия РА и у 40 человек (47,1%) - II стадия РА. Всем пациентам с РА определялся функциональный класс заболевания. 1 ФК встречался у 3-х пациентов с РА (3,54%), 2 ФК - у 42 человек (49,41%) и 3 ФК - у 40 пациентов (47,05%). Нами наблюдались 42 пациента (49,4%) с изолированным суставным синдромом и 43 пациента (50,6%) с системными проявлениями РА.

Одним из ранних признаков формирующейся ЛГ является одышка при физической нагрузке, однако данный симптом не специфичен, т.к. может встречаться как при сердечно-сосудистой патологии, так и при заболеваниях бронхолегочного аппарата. У большинства обследуемых нами пациентов с РА какие-либо респираторные симптомы отсутствовали. Тем не менее, 10 больных предъявляли жалобы на появление незначительной одышки во время физической нагрузки. Учитывая, что общая физическая нагрузка у больных с РА снижена в связи с наличием полиартикулярного синдрома, можно рассматривать данный симптом как начальные проявления сердечно-легочной недостаточности.

Учитывая, что у больных РА отсутствовал кардиологический анамнез, выявленные нами изменения правых отделов сердца и легочной гемодинамики следует считать внесуставными проявлениями заболевания, в основе развития которых лежит иммунокомплексный воспалительный процесс, локализованный в стенке легочных сосудов.

У 36 пациентов РА определялась АГ II стадии, что не могло не отразиться на состоянии легочной гемодинамики у данной группы больных. Для того чтобы оценить влияние повышенного АД у пациентов с сочетанной патологией на характер изменений МКК, мы сравнили данную группу с больными изолированным РА и больными АГ.

В группе больных изолированным РА определялось статистически значимое увеличение ТМЖП ($1,00 \pm 0,17$) и ИММЛЖ ($92,4 \pm 21,39$) по сравнению со здоровыми добровольцами (ТМЖП $0,89 \pm 0,16$, $p=0,005$ и ИММЛЖ $79,97 \pm 22,43$), $p=0,05$. Сочетание РА и АГ сопровождалось более выраженным увеличением ТМЖП ($1,18 \pm 0,16$, $p=0,0001$) и ИММЛЖ ($105,66 \pm 24,65$, $p=0,03$) по сравнению с изолированным РА.

На основании подсчитанных индекса ММЛЖ, ОТС ЛЖ были выявлены соответствующие типы ремоделирования миокарда ЛЖ у больных РА.

У больных изолированным РА наиболее часто определялись КГЛЖ (25,6%) и ЭГЛЖ (15,4%). Сочетание РА и АГ приводило к статистически значимому увеличению концентрической ГЛЖ (53,8%, $p=0,035$) и уменьшению

нормальной геометрии ЛЖ (7,7%, $p=0,0005$) по сравнению с изолированным РА. Эксцентрический тип ГЛЖ наблюдался у 7,7% больных РА в сочетании с АГ".

При сравнении показателей легочной гемодинамики в подгруппах больных, принимающих метотрексат в дозе 10 мг и 15 мг, статистически значимых различий выявлено не было, поэтому следует считать, что использование препарата в данных терапевтических дозировках не оказывает существенного влияния на легочный кровоток.

У больных РА в сочетании с АГ в результате сравнения структурно-функциональных характеристик левых и правых отделов сердца, а также параметров легочной гемодинамики не было выявлено статистически значимых различий данных показателей между подгруппами, принимающими метотрексат в дозе 10 и 15 мг/неделю.

Вывод. Показана практическая ценность изучения эхокардиографических показателей, характеризующих состояние гемодинамики малого круга кровообращения у больных ревматоидным артритом для своевременной диагностики данных нарушений. Выявленные изменения требуют коррекции, так как, не смотря на длительное бессимптомное течение, они могут приводить к формированию гипертрофии ПЖ и как следствие легочному сердцу.

Показано, что при сочетании РА и АГ формируются более выраженные изменения легочной гемодинамики, поэтому необходимо достижение оптимальных цифр АД у данной группы больных.

При лечении больных РА метотрексатом необходимо учитывать его дополнительное влияние на изменение морфологии левых и правых отделов сердца.

Показана практическая ценность спирографического метода исследования в диагностике нарушений легочной вентиляции у больных РА еще при отсутствии клинической симптоматики.

ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСОТ УСУЛЛАРИ

Ибрагимова Д.Т.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда учрайдиган бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари кардиоревматология ҳамда педиатриянинг долзарб муаммоларидан бири хисобланади. Сўнги йилларда ювенил ревматоид артритнинг (ЮРА) бириктирувчи тўқима тизимли касалликларини орасида кенг тарқалиши, болаларда ногиронлик ривожланиши бу касалликни долзарблигини кўрсатади. Болаларда ногиронлик ривожланиши бу касалликни нафақат тиббий, балки ижтимоий муаммо эканлигини ҳам англатади. Ювенил ревматоид артрит ювенил идиопатик артрит деб ҳам юритилади. ЮРА болаларда энг кўп учрайдиган ва бўғимларни сурункали яллиғланиш билан кечадиган касалликдир. Баъзи ҳолатларда ички аъзоларни ҳам зарарланиши кузатилиши, кўпгина асоратлар ривожланиши ҳам мумкин. Ювенил ревматоид артрит - келтириб чиқарган омили нўямалум бўлган, 6 ой ва ундан ортиқ кечувчи, 16 ёшгача бўлган болаларда ривожланадиган касаллик хисобланади. Касаллик юзага келгач тахминан беморларнинг ярмида 3-5 йилдан сўнг ногиронлик ривожланиши аниқланади. Шунинг учун мазкур касалликни эрта ташхислаш жуда катта аҳамиятга эга.

Тадқиқот максади. Болаларда ювенил ревматоид артритни замонавий ташхисот усуллари ўрганишдан иборат. Бу бизга касалликни эрта ташхислаш ҳамда ўз вақтида даволашга имкон беради.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тошкент шаҳар 4-сонли болалар клиник шифохонасининг кардиоревматология бўлимида даволанаётган артрит симптоми мавжуд бўлган 5-18 ёшдаги 34 та болалар текширувдан ўтказилди. Болаларда тахминий ташхис ювенил ревматоид артрит, реактив артрит, ўтқир ревматик иситма, системали кизил югурги, бириктирувчи тўқима дисплазияси касаллиги кўринишида бўлган. Барча болаларда клиник, лаборатор ва инструментал текширув усуллари ўтказилган. Лаборатор текширувдан умумий қон таҳлили, СРО, АСЛО, АЦЦП, инструментал текширув усулларида ички аъзолар УТТ, ЭКГ, ЭхоКГ ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Текширувдаги бемор болаларнинг 13 (38,2%) тасини ўғил болалар ва 21 (61,8%) тасини қиз болалар ташкил қилди. Бемор болаларда касаллик ривожланиш анамнези ўрганилганда мазкур ҳолат 13 та (38,2%) болада ўтқир респиратор касалликдан сўнг, 11 (%32,3) тасида сурункали тонзиллит қайталашидан сўнг, 3 (8,8%) тасида совук қотишдан сўнг, 2 (5,9%) тасидан ичак инфекциясидан сўнг, 1 (2,9%) тасида скарлатина ва 1 (2,9%) тасида инсольюциядан сўнг ривожланганлиги аниқланган, 3 (8,8%) та бемор касаллик ривожланиш сабабини ҳеч бир сабаб билан боғлаб бера олмади. Беморларнинг 19 (55,9%) тасида касалликка наслий мойиллик, яъни яқин қариндошларида бириктирувчи тўқима системали касалликлари мавжудлиги аниқланди. Болаларда касаллик тана ҳароратини кўтарилиши, тонзиллит, ринит, артралгия, артрит, юрак соҳасидат оғриқ, терига тошма тошиши кўринишидаги клиник белгилар билан намоён бўлган. Кичик мактаб ёшидаги болаларда асосан катта бўғимларни, хусусан тизза ва тўпиқ бўғимларини зарарланиши билан бошланган. 8 (23,5%) та бемор болаларда бўғимларда контрактура, эрталабки қарахтлик, актив ва пассив ҳаракатларни чекланиши кузатилди. 12 (35,3%) та беморда бўғимларида шиш, гиперемия, маҳаллий ҳароратни кўтарилиши, актив ҳаракатларни чекланиши кузатилган. 14 (41,2%) та беморда тизза бўғимларида, шунингдек болдир, ҳамда сон суяқларида доимий бўлмаган оғриқлар кузатилган, маҳаллий ўзгаришлар, яъни кизариш, шиш каби белгилар кузатилмаган. Барча беморларда умумий қон таҳлили натижалари организмда яллиғланиш жараёни, шунингдек анемия мавжудлигини кўрсатди. С реактив оксиллар 27 (79,4%) та, АСЛО титрини ортиши 21 (61,7%), АЦЦП титрини ортиши 7 та (20,6%) беморда кузатилди. С реактив оксилларни пайдо бўлиши яллиғланиш жараёнидан дарак бериб, юқори спецификликка эга эмас. АСЛО титрини ортиши стрептококк инфекциясини ўтказган ҳар қайси организмда кузатилиши мумкин. ЮРА учун махсус маркер бу циклик цитруллин сакловчи пептидга қарши антитело (АЦЦП), IgG хисобланади. АЦЦП нафақат ЮРАнинг ташхисида, балки унинг активлик даражасини ва прогнозини аниқлашда ёрдам беради. АЦЦП цитруллин аминокислотасини бўғимда яллиғланиш жараёни натижасида ҳосил бўладиган турли оксиллар, масалан фибрин, коллаген ва бошқалар билан ўзаро таъсири натижасида ҳосил бўлган аутоантиелолар хисобланади. Унинг спецификлиги жуда юқори бўлиб, ЮРАнинг эрта босқичларида ҳам аниқланади. Лекин АЦЦП ҳар доим ҳам аниқланмаслиги мумкин, бу жуда кам фойзаларни ташкил қилади. Бўғимларида оғриқ мавжуд бўлмаган ҳолда бу антителоларни аниқланиши кейинчалик ревматоид артрит ривожланиш хавфи борлигидан далolat беради. Агар беморларда АЦЦП кўрсаткича қайта топшириш вақтида титрини ортгани аниқланса, касалликни юқори активликка эга эканлигини билдиради. 34 бемордан 8 тасига ювенил ревматоид артрит ташхиси қўйилди, ташхис анамнез, клиник

белгилар ва лаборатор кўрсаткичларга асосланиб қўйилди. 8 та беморда фақат 1 та беморда АЦЦП титри меъёрий кўрсаткичнинг юқори чегарисига тенг бўлди. Бу беморда кейинчалик АЦЦП титрини такрорий аниқлаш режалаштириб қўйилди.

Хулоса. Ювенил ревматоид артритнинг ташхисоти анамнез маълумотлари, клиник белгилар, лаборатор ҳамда инструментал текширув натижаларига асосланиб қўйилади. Хозирги кунда ЮРА эрта ташхисотида қонда АЦЦП титрини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Бу усул ёрдамида биз касалликка ўз вақтида ташхис қўйишимиз, касаллик активлик даражасини ва прогнозини аниқлашимиз мумкин. Касалликка эрта ташхис қўйиш уни ўз вақтида даволашга ва асоратларини олдини олишга имкон беради. Лекин бу текшириш усулини қимматлиги, беморлар учун нарх жиҳатдан тўғри келмаслиги, ташхисот усулини барчада бирдек ўтказилишида қийинчилик уйғотмоқда.

СУРУНКАЛИ ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАЛАРИНИНГ РЕЗЕКЦИЯДАН КЕЙИНГИ ҲОЛАТИ, ТЕМИР ПРЕПАРАТИНИНГ СЎРИШ ХУСУСИЯТИГА ТАЪСИРИ

*Иминов Б.М., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти
Андижон туман тиббиёт бирлашмаси*

Инсонлар ва ҳайвон организмда биологик модда алмашинувида ва сўрилиш жараёнида ошқозон ичак йўллари аҳамияти жуда катта. Айнан темир моддасининг сўрилишида меъда ва 12 бармоқ ичак ҳамда ингичка ичакнинг юқори қисми катта аҳамиятга эга. Фанда олиб борилган тадқиқотлар ҳам бу мураккаб жараёни тасдиқлайди. Демак, темир моддасининг сўрилиши учун меъдадан ажралиб чиқаётган меъда шираси таркибидаги пепсин ва сояной кислота зарур, сабаби бу икки препарат инсон қабул қилган овқатдан темир моддасини ажратиш олади. Сўнг у ионлашган икки валентликка айлантирилиб, меъда ичак йўлларида сўришга тайёрланади. Темирни, асосан, 12 бармоқ ичак ва ингичка ичакнинг юқори қисми сўрганлиги сабабли, ионлашган ҳолда бўлиши шарт.

Фанга маълумки, меъда резекциясидан сўнг, темирнинг ошқозон ичак системасида сўрилиш жараёни бузилади. Инсон организмда темирни ошқозон ичак системасида сўрилиш жараёни бузилишига олиб келувчи сабаб, меъда резекциясидан сўнг, меъданинг бир қисми ва 12 бармоқ ичакнинг қисман бир қисми олиб ташланади. Демак, меъда ичак системасидан темирни сўриш учун чиқариладиган керакли моддалар ҳажм ва сифат жиҳатдан ўзгаради. Айниқса меъда Б-II усулда резекция қилинса. Бу ҳолат бемор учун фарқсиз эмас, шунинг учун бу ҳолатни ўрганиб чиқиш ва керакли даво чораларини ишлаб чиқиш зарур. Сабаби кейин охири ҳолатларга олиб келиши мумкин.

Биз 2014 дан 2019 йиллар оралиғида даволанган 56 нафар меъда ва 12 бармоқ ичак хасталиклари билан узок вақт даволаниб келган, сўнг ҳар хил методикада меъда резекцияси амалга оширилган беморларни олдик. Улардан аёллар 22 (39%) нафар, эркеклар 34 (61%) нафар, улар 21 ёшдан 68 ёшгача бўлган беморларни ташкил қилади. Бу беморлар операциядан бир ой кейин реабилитация мақсадида ётқизилиб текширилди. Текширувга умумий қон таҳлили, ФГДСда меъда шиллиқ қавати ҳолати, анастомознинг клиник қўриниши, овқатнинг эвакуация қилиниши R-графия ёрдамида олиб борилди ва қондаги темир моддасини аниқлаш тести киритилди.

Биз беморлардан наҳорда вена томиридан 8-10 мл қон олиб, сўнг беморга 1,0 водород билан тўйинтирилган темир препаратини бердик. Сўнг 30 мл 3% ли сояной кислота ичирилди. Ичгандан кейин 2, 4, 6 соатда венасидан қон олинди. Шундан кейин беморга овқатланишга рухсат берилди. Олинган қон термостатда 4-6 градусда сақланиб 2 соатдан сўнг центрифуга қилиниб, 2000 оборотда плазмаси алоҳида олинди. Олинган плазма яна 2000 оборотда центрифуга қилинди, плазма ажратиш олинди. Олинган плазмадан темирга текширилди. Бундай текширувлар беморларда операциягача ва операциядан сўнг олиб борилди.

Беморларни ўтказган операциясига қараб икки гуруҳга бўлинди, меъда Б-I усулда операция бўлганлар 51 нафар бемор бўлиб, улар ўзи уч гуруҳга бўлинди. Гуруҳларга бўлиш темир препаратини қабул қилган беморларда 2 соатдан темир концентрацияси 60 % гача ташкил қилганлар, 24 нафар1-гуруҳ, 2 - гуруҳда 18 нафар бемор 150 % гача бўлганлар, 3 - гуруҳ 9 нафар бемор 151% дан юқори бўлганлар. 4 - гуруҳ бу 5 нафар бемор ошқозон Б-II усулда резекция бўлганларга бўлинди. Гуруҳлардаги % лар операциягача бўлган даврдаги текширувлар асосида олинди.

Текширув натижалари шунини кўрсатадики, операциядан кейинги даврда ошқозонда яллиғланиш белгилари бўлмаса, темир препаратининг сўрилиши яхши бўлиб, 2 соатдан сўнг 60% гача боради. Агар анастомозит ва гастрит белгилари бўлса, унда темир препаратининг сўрилиши 2 соатдан сўнг кузатилиб, темир етишмовчилиги анемиясининг ўрта оғир даражаси юзага келади. Беморларда атрофик гастрит кузатилса, у беморларда темир танқислиги анемияси оғир даражаси кузатилди. Тўртинчи гуруҳ беморлар - меъда Б-II резекция бўлган беморларда гастрит ва анастомозит белгилари бўлмаса ҳам темир танқислиги анемияси оғир даражаси кузатилди.

Демак, хулоса қилиш мумкинки, ошқозон ичак системасининг юқори қисмида темир овқатдан ионлашган ҳолда ошқозон шираси таркибидаги пепсин ва сояной кислота таъсирида ажратиш олинди, 12 бармоқ ва ингичка ичакнинг юқори қисмида сўрилиб, темир етишмовчилигининг олдини олади.

БАРИАТИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ

*Иминов Б.М., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти
Андижон туман тиббиёт бирлашмаси*

Охириги вақтларда шароитнинг яхшиланиши алиментар ва баъзи хасталиклар сабабидан семизлик келиб чиқиши кўпайган. ВОЗ нинг таъкидлашича, 2019 йилда 2,4 млн, яъни ер шарининг 4% аҳолиси семизликдан азият чекади. Консерватив чораларнинг кам самаралилиги семизликни даволашга бошқа чоралар топишга сабаб бўлмоқда. Шу туфайли инсонлар жарроҳлик йўллари билан липосакциялар, пластик операцияларни амалга ошириб келган. Лекин вақт ўтиши

муносабати билан беморларда яна семизлик юзага келиб безовта қила бошлайди. Асосан, семизлик туфайли ички аъзоларда ҳар хил метаболлик ўзгаришлар юзага келиши сабабли инсонлар қийналмоқдалар.

Тиббиётнинг жарроҳлик йўналишида XX асрнинг охири ва XXI аср бошларида ички аъзолардаги ҳар хил овқатни чегараловчи бариатик операцияларнинг бажарилиши натижасида маълум миқдордаги беморларни нормал ҳолатдаги вазнга келтиришнинг иложи бўлмоқда. Ҳар бир ишнинг иккинчи томони бўлганидек, ошқозон ва ингичка ичакларда ўтказилган операциялардан кейин, баъзи беморларда 6 ойдан 1 йилгача бўлган даврда ҳар хил асоратлар кузатила бошлади.

Улардан энг аҳамиятлиларидан бири ташриҳдан кейинги анемиянинг кузатилиши. Бунда ошқозоннинг $\frac{3}{4}$ қисми олиб ташланганда, меъда Б-II усулда резекция қилинади. Бундай беморларда меъда ширасининг миқдори озайиши билан бирга, унинг ферментлари миқдори ва сифати ҳам ўзгарган. Биз биламизки, ошқозонда ишлаб чиқарилган пепсин ва сояной кислотата таъсирида инсон еган овқатидан темир моддаси ионли шаклда ажратиб олинади. Шундан сўнг 12 бармоқ ичак ва ингичка ичакнинг юқори қисмида темир моддасининг асосий қисми сўрилиб, организмга ионлашган ҳолатда киритилади. Демак, ошқозоннинг $\frac{3}{4}$ қисми олиб ташланса, бу жараён бузилиб, истеъмол қилинган овқатдан темир моддаси ажратиб олинмайди. Шу туфайли беморларда бариатик операциядан кейинги анемия ҳар хил даражада келиб чиқади.

Бизда ва Қозғистон тиббиёт академияси клиникасининг бариатик жарроҳлик бўлимида қилинган бариатик операциядан кейинги 2015 йилдан 2019 йилгача бўлган 61 нафар бемор назорат қилинди. Улардан 50 нафари (82%) аёл, 11 нафари (18%) эркакни ташкил қилиб, 21 ёшдан 45 ёшгача бўлган беморлар киритилган.

Беморларда 3 ойдан 2 йилгача кондаги темир моддаси, фолат кислотаси, Вит В₁₂ С-реактив оксил текширилди. Беморларнинг 12 нафарида 3 ойдан бошлаб темир танқислиги, 23 нафар беморда 6 ойдан кейин темир танқислиги, қолган беморларда 8 ойдан сўнг темир танқислиги аниқланди. Фолат кислотаси ва В₁₂ миқдорининг 6 ойдан бошлаб камайиши аниқланди. С-реактив оксил беморларда 3 чи ойдан бошлаб кўтарилиб борди. Беморларга темир препаратини 100 мг дан per os бериб борганимизда ҳам темир моддасининг озайиши кузатилди. Шунинг учун бу беморларга комплекс даво чоралари билан бирга парэнтерал темир препаратларини қуйиш мобайнида 2 йилдан сўнг темир моддасининг кўтарилиши кузатилди.

Демак, организмда компенсация қилиш хусусияти 2 йилгача тикланиб бориши мумкин, лекин қайси йўл билан бу кўрсаткич юзага келиши ҳозирда текширув даврида, ҳали тугатилмаган.

Хулоса қилиб айтилганда, семизлиги бор беморларда бариатик операциялар бажарилганда, бу беморларда темир моддасини ионларга ажратувчи модда ва ионларга ажратилган темир моддасини сўриб олувчи ошқозон ичак системасининг функцияси пасайганлиги сабабли, операциядан кейинги темир танқислиги анемияси келиб чиқади.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Иргашева Д.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В основе развития циркуляторных нарушений, приводящих к ишемическим повреждениям органов и тканей, лежит диабетическая ангиопатия, формирование которой обусловлено метаболическими нарушениями, сопутствующими течению сахарного диабета 2-го типа, прежде всего гипергликемией и гиперинсулинемией. Структурные нарушения сосудистой стенки, имеющие место у больных сахарным диабетом 2-го типа, являются необратимыми. Ранняя (доклиническая) диагностика формирующейся диабетической ангиопатии с последующим проведением адекватного лечения основного заболевания и профилактики сосудистых осложнений позволяет значительно улучшить прогноз у этой категории больных.

Сахарный диабет 2-го типа относится к факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся в настоящее время основной причиной ранней инвалидизации и смертности трудоспособного населения.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась комплексная ультразвуковая оценка состояния стенки общей сонной артерии (ОСА) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа без клинических признаков цереброваскулярной патологии.

Материал и методы исследования. В период с марта 2017 по июль 2019 года было обследовано 72 пациента с клинически верифицированным диагнозом “сахарный диабет 2-го типа” (1 группа) в возрасте от 29 лет до 71 года (средний возраст 56 ± 10 лет), из них 40 (55,6%) мужчин в возрасте от 29 лет до 71 года (средний возраст 54 ± 11 лет), 32 (44,4%) женщины в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 58 ± 9 лет). Контрольную группу (2 группа) составили 17 практически здоровых лиц без лабораторных признаков нарушения метаболизма глюкозы в возрасте от 23 до 62 лет (средний возраст 51 ± 8 лет).

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность сахарного диабета 2-го типа была от 1 года до 20 лет. В соответствии с общепризнанными классификационными подходами [13] у 16 (22,2%) пациентов определялась легкая степень течения заболевания, у 54 (75,0%) - средней тяжести и у 2 (2,8%) - тяжелая.

Максимальный уровень глюкозы крови за все время заболевания в среднем по 1 группе составил $14,7 \pm 4,6$ ммоль/л (8,0-26,0 ммоль/л). “Рабочий” уровень глюкозы крови в среднем по группе был $\pm 1,4$ ммоль/л (6,0-12,0 ммоль/л). За “рабочий” уровень глюкозы принимали показатель, наиболее часто фиксируемый натощак на фоне привычной диеты и медикаментозной терапии.

У 54 (75,0%) пациентов сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия 1-2 стадий. У 20 (27,8%) больных определялись клинические и лабораторные признаки ишемической болезни сердца.

Всем больным 1 и 2 групп измеряли величину системного артериального давления (АД) с расчетом пульсового АД. Средняя величина систолического АД у пациентов 1 группы составила $130,4 \pm 15,0$ мм рт. ст. (100,0-170,0 мм рт. ст.), диастолического АД - $82,0 \pm 8,9$ мм рт. ст. (60,0-100,0 мм рт. ст.), пульсового АД - $48,5 \pm 13,3$ мм рт. ст. (30,0-80,0 мм рт. ст.).

ст.). У лиц 2 группы соответствующие показатели были $118,7 \pm 10,0$ мм рт. ст. ($100,0-130,0$ мм рт. ст.), $\pm 8,2$ мм рт. ст. ($60,0-90,0$ мм рт. ст.), $32,5 \pm 10,2$ мм рт. ст. ($30,0-50,0$ мм рт. ст.).

Исследование брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне проводили на ультразвуковых сканерах Sonoline G60 и Acuson Sequoia-512 (Siemens, Германия) датчиками линейного формата в частотном диапазоне от 5 до 10 МГц. В процессе исследования оценивали проходимость сонных и позвоночных артерий, наличие внутри - просветных образований. Оценку состояния стенки ОСА (качественных и количественных параметров) осуществляли по данным В-режима. Структурная характеристика включала анализ эхогенности и степени дифференцировки на слои комплекса интима-медиа (КИМ). За условный эталон при оценке эхогенности интимы принимали эхогенность окружающих сосуд тканей, меди - эхогенность просвета сосуда.

Толщину КИМ измеряли по задней относительно поверхности датчика стенке сосуда на 1,0-1,5 см проксимальнее бифуркации ОСА. Для уменьшения операторзависимой ошибки измерения плоскость сканирования ориентировали строго перпендикулярно к продольной оси сосуда. При наличии утолщения КИМ измерение выполняли в зоне максимального визуального утолщения.

У всех обследованных пациентов с сахарным диабетом 2-го типа брахиоцефальные артерии на шее были проходимы. Признаки стенозирующего атеросклеротического поражения выявлены у 16 (22,2%) пациентов. Во всех случаях атеросклеротические бляшки локализовались в области бифуркации ОСА, имели однородную эхоструктуру. Справа степень стеноза по диаметру варьировала от 20 до 40%, слева - от 20 до 30%. У остальных пациентов 1 группы признаков внутрисосудных образований выявлено не было.

У всех лиц контрольной группы сонные и позвоночные артерии были проходимы, признаков внутрисосудных образований не определялось.

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа выявляется статистически достоверное повышение жесткости сосудистой стенки ОСА.

Среди расчетных показателей, характеризующих жесткость сосудистой стенки, статистически достоверные изменения получены для коэффициентов эластичности, растяжимости и показателя деформации потока. Выявляемые в В-режиме изменения эхогенности, степени дифференцировки на слои и толщины КИМ ОСА у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа неспецифичны по отношению к сахарному диабету и могут являться следствием воздействия комплекса патологических факторов.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Иргашева Д.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Существуют разноречивые мнения о частоте почечного поражения при артериальной гипертензии (АГ). Так, Шустов С.Б. и соавт. (1997) утверждают, что смертности больных АГ от почечной недостаточности практически не наблюдается [1]. Однако анализ современных регистров больных на заместительной почечной терапии (гемодиализ и перитонеальный диализ) показывает, что среди причин развития терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) АГ занимает второе место после сахарного диабета, опережая первичные болезни почек [2]. По данным Российского регистра заместительной почечной терапии (ЗПТ) гипертонический нефросклероз, как причина ТХПН, находится на 5-м месте. Увеличение доли гипертонического нефросклероза за последние 5 лет произошло, в основном, за счет старших возрастных групп.

Цель исследования. Оценить вклад артериальной гипертензии (АГ) в развитие нарушений нейродинамики у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 108 пациентов молодого и среднего возраста с 1-3 стадией ХБП, средний возраст составил $-37,2 \pm 1,5$ лет. Из них 49 (45,4%) женщин и 59 (54,6%) мужчин. У 65 (60,2%) пациентов с ХБП 1-3 стадий была диагностирована АГ. В группе пациентов без АГ 34 (79%) пациента были с ХБП 1 стадией, 7 (16%) пациентов с ХБП 2 и 2 (5%) пациента с ХБП 3 (а+б) стадиями. В группе с АГ было 36 (55%) пациентов с ХБП 1, 11 (17%) с ХБП 2, 18 (28%) с ХБП 3 (а+б).

Результаты исследования. Пациенты с ХБП и наличием АГ имели худшие показатели нейродинамики в сравнении с группой без АГ. Так СЗМР (минимальная экспозиция) в группе пациентов с АГ составила 234 (172-265) мсек, в группе без АГ – 203,5 (141,0-230,2) мсек, $p=0,006$. Были получены статистически значимые различия ($p=0,007$) между группами при оценке ПЗМР (средняя экспозиция). Сравнение показателей в более сложном тесте, а именно СЗМР, выявило статистически значимые различия как в минимальной ($p=0,012$), так и в средней экспозиции ($p=0,024$). Различия в количестве ошибок между изучаемыми группами оказались статистически не значимы. В группе пациентов на стадии ХБП 1-3 с наличием АГ выявлено большее суммарное время запаздывания 870,0 мсек (617,5-1540,0 мсек), в группе пациентов на стадии ХБП 1-3 без АГ, соответственно, 710,0 мсек (420,0-1080,0 мсек), $p=0,04$. В ходе дискриминатного анализа было установлено, что значимыми факторами, определяющими нарушение РДО (суммарное время запаздываний), являются: креатинин крови, суточная протеинурия, уровень цистатина С крови, величина утреннего подъема САД. Дискриминатная модель выглядит следующим образом: $d = 0,016a - 0,324b + 0,005c - 0,234d - 3,146$.

Вывод. В заключение хотелось бы отметить, что проблема артериальной гипертензии у диализных пациентов есть и, вероятно, еще долгое время будет оставаться дамокловым мечом. Мультифакторность ее природы наряду с недостаточно изученными механизмами становления и прогрессирования должна инициировать проведение последующих рандомизированных клинических исследований в диализной популяции пациентов, которые будут способствовать разработке и широкому внедрению в клиническую практику адекватных, экономически обоснованных терапевтических стратегий, способствующих снижению кардиоваскулярной смертности у пациентов с хронической болезнью почек, получающих заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа.

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Факторы риска сосудистых заболеваний головного мозга значительно выше у больных параноидной шизофренией, чем в населении. Это говорит о существовании многофакторной причины, смешанной предрасположенности, а также еще не определенных генетических факторов.

Цель исследования - выявить наиболее значимые факторы риска сосудистого нарушения у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6 %) имели церебрально-гемодинамические нарушения. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г.Ташкента. Использовались клиничко-психопатологический, катамнестический, психометрический, параклинический и статистические методы исследования.

Результаты. В исследовании были охвачены 63 больных, в том числе 53 (84,1 %) мужского пола и 10 (15,9 %) женского пола. Возрастная группа варьировала в пределах от 40 до 80 лет. Анализ распределения пациентов по возрастному цензу показал преобладание лиц, перенесших церебрально-гемодинамические нарушения, в возрастных пределах от 55 до 65 лет. Представители этой группы составили 66,6 % (42 пациента). Преобладали лица с психомоторным возбуждением - 54 человек (85,7 %). Далее мы провели анализ спектра сопутствующих заболеваний в соматическом статусе у обследованных пациентов, которые рассматривались нами в качестве факторов риска возникновения заболевания. В ходе исследования нами выявлено, что у 22 (34,9 %) пациентов был диагностирован сахарный диабет I и II типов, причем 13 из них были «инсулинозависимыми», что сказывалось на более выраженных клинических проявлениях психоза. У 60 (95,2 %) пациентов выявлена гипертоническая болезнь различной степени тяжести. При этом у 16 пациентов был зарегистрирован постинфарктный кардиосклероз. 9 (14,3 %) пациентов общей группы страдало вирусным гепатитом С. Также нами выявлено, что 46 (73,0 %) пациентов имели зависимость от табачной продукции и его суррогатов. Необходимо отметить, что установленные нами предикторы в большинстве случаев были комбинированы между собой.

Закключение. Наиболее значимыми факторами риска развития психотических расстройств у больных с церебрально-гемодинамическими нарушениями явились мужской пол, возраст от 55 до 65 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета и табакокурения, сочетание которых было связано с неблагоприятным исходом. Выявление этих факторов риска позволяет своевременно проводить профилактику церебрально - гемодинамических нарушений у больных параноидной шизофренией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. В последние годы все больший интерес вызывает проблема коморбидности шизофрении и сосудистых заболеваний головного мозга. Существует мнение, что данное коморбидное сочетание является патогенетически обусловленным и приводит к взаимному отягощению клинических проявлений обоих заболеваний.

Цель работы - изучить особенности клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими соматическими заболеваниями.

Материал и методы: Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6 %) имели коморбидную соматическую патологию. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г.Ташкента. Сочетанная соматическая патология - вне обострения. Использовались клиничко-психопатологический, катамнестический, психометрический, параклинический и статистические методы исследования.

Результаты: В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6 %), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, энергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения энергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза - 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p<0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p<0,05$) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией и определить направления лечебно-реабилитационных рекомендаций для использования их психиатрами и врачами общей практики.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Исаков К.К., Косимов И.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди естественно биологических методов лечения ОП и его проявлений особое место занимают МТ, ЛФК, ЭП, ГПС, тракционная терапия, опыт как изолированного, так и сочетанного применения которых с другими средствами физической реабилитации насчитывает многие десятилетия.

(К настоящему времени недостаточно полно изучена терапевтическая эффективность комплексного применения средств ЛФК, МТ, ЭП с биологической обратной связью, аутогравитационного вытяжения (АГВ) и новых ГПС, не определены их наиболее эффективные сочетания для купирования клинических проявлений и лечения дегенеративно-дистрофических изменений при ОП.

Цель исследования. Изучить сочетанное влияние средств физической реабилитации и гомеопатических препаратов на клинико-функциональные показатели и механизмы саногенеза больных остеохондрозом позвоночника и на этой основе разработать комплексную программу восстановительного лечения, направленную на быстрое восстановление их трудоспособности.

Результаты исследования. Применение современных клинических, лабораторных и инструментальных методов, включая иммунологические, электроэнцефалографические, реографические, электропунктурные, компьютерно-и магнитно-резонансно-томографические исследования, позволило выявить полиморфизм вертебральных, мышечных, неврологических, нейрососудистых и дегенеративно-дистрофических изменений тканей позвоночных двигательных сегментов различной степени выраженности, характерных для остеохондроза позвоночника. Вертебральный синдром или отдельные его составляющие были определены у всех наблюдаемых больных с корреляцией локализации мышечно-тонических нарушений, уровня поражения ПДС и вертебральных деформаций. Наиболее частой причиной функциональных нарушений является мышечный дисбаланс, возникающий вследствие развития мышечной асимметрии и сочетающийся с функциональными блоками и нестабильностью ПДС, что приводит к возникновению неэкономичного двигательного стереотипа.

Разработана программа комплексной реабилитации больных остеохондрозом позвоночника, основанная на применении патогенетических терапевтических средств, индуцирующих саногенетические механизмы заболевания, купирующих его клинические проявления. Предложенная лечебно-реабилитационная программа сокращает сроки купирования острых клинических проявлений остеохондроза с $9,9 \pm 0,5$ до $6,3 \pm 0,2$ дней, повышает эффективность восстановления мышечно-тонических с 50% до 71,9%, неврологических нарушений — с 39,5% до 83,3% и удлиняет период ремиссии в сравнении с традиционной.

Комплексное использование ЛФК и аутогравитационного вытяжения у всех обследованных больных с рефлекторными и у 81,8% с компрессионными синдромами остеохондроза позвоночника вызывает аналгезию, нормализацию мышечно-тонических и статических нарушений за счет уменьшения тонуса па-равертебральной мускулатуры, увеличения объема движений, снижения частоты функциональных блокад позвоночных двигательных сегментов, способствует оптимизации функционального состояния позвоночника, является эффективным подготовительным средством для проведения мануальной терапии, позволяет проводить раннюю коррекцию нового двигательного стереотипа.

Вывод. Разработанная программа восстановительного лечения ОП средствами физической реабилитации и комплексными ГПС позволяет улучшить результаты терапии больных, способствует уменьшению частоты рецидивов. Определена и патогенетически обоснована последовательность использования средств физической реабилитации (ЛФК, МТ, ЭП, АГВ) и комплексных гомеопатических препаратов цель-т, траумель-с, дискус композитум, эхинацея композитум и церебрум композитум в лечении клинических проявлений ОП и эффективного воздействия на его дегенеративно-дистрофические изменения, предусматривающая использование данных электропунктуры для экспресс-оценки состояния ПДС по биологически активным точкам (БАТ) вегетативных сплетений.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ

Исакова Г.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Детский церебральный паралич развивается, по разным данным, в 2-3,6 случаях на 1000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. Среди недоношенных детей частота ДЦП составляет 1%. У новорожденных с массой тела менее 1500 г распространенность ДЦП увеличивается до 5-15%, а при экстремально низкой массе тела — до 25-30%.

Многоплодная беременность повышает риск развития ДЦП: частота ДЦП при одноплодной беременности составляет 0,2%, при двойне — 1,5%, при тройне — 8,0%, при четырехплодной беременности — 43%. Тем не менее, в течение последних 20 лет параллельно с ростом числа детей, родившихся от многоплодных беременностей с низкой и экстремально низкой массой тела, наблюдается тенденция к снижению частоты развития ДЦП в данной популяции.

Цель исследования. Разработать комплекс средств и методов реабилитации больных ДЦП, позволяющий ребёнку заниматься на стандартных тренажёрах в условиях вертикальной позы.

Объект исследования. Процесс реабилитации больных с ДЦП с применением тренажёрных устройств. В соответствии с целью настоящей работы для оценки качества жизни и оптимизации терапии больных ДЦП со спастической диплегией было обследовано 70 детей в возрасте с 3 до 18 лет в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Результат лечебно-восстановительных мероприятий у детей с ДЦП зависел от выраженности ограничений, возраста, адаптации к проводимым процедурам. Нами разработан алгоритм реабилитации больных ДЦП в форме спастической диплегии. Комплексная терапия, включающая применения авторских способов реабилитации, теплелечения, тренажёров, массажа (рис. 1), позволила существенно улучшить состояние пациентов с ДЦП. У больных ДЦП основной группы по категории самообслуживания более чем у 2/3 устанавливалась 2-я и 3-я степени ограничения. Только у 9,0 % детей была 1-я степень ограничения. По категории передвижения ведущей (более половины детей) была 3-я степень ограничения, чуть меньше 1/3 — 2-я, у остальных — 1-я.

В группе сравнения по категории самообслуживания только 1/9 часть детей имела 1-ю степень ограничения, у остальных одинаково часто устанавливалась 2-я и 3-я степени ограничения. Примерно такое же соотношение наблюдалось для категории передвижения. В категории обучения 2/3 пациентов имели 2-ю степень ограничения. Аналогичные показатели были для категории общения. Игровая деятельность также была нарушена у всех наблюдавшихся детей: 1-я степень ограничения у каждого четвертого ребенка, 2-я почти у половины детей, а 3-я степень ограничения у остальных детей.

В категории ориентации одинаково часто регистрировались 2-я и 3-я степени ограничения жизнедеятельности (более трети детей), в 2 раза реже каждой из них — 1-я степень ограничения. В категории контроль за своим поведением примерно у половины детей определялась 2-я степень ограничения, у остальных — одинаково часто 1-я и 3-я степени.

Включение разработанных нами тренажёров, которые представляли собой эластичные опоры, дало возможность вертикализировать положение ребёнка при реабилитационных занятиях, что существенно расширило применяемые средства и степень положительного воздействия на детей с ДЦП. Это позволило использовать кардиотренажёры (беговая дорожка, велотренажёр) неходячему ребёнку и развивать силовые качества.

Мы проводили занятия с ребёнком из любого положения (лёжа на спине, сидя в инвалидной коляске, стоя с мягкой опорой). Этим обеспечивался принцип всестороннего нагрузочного воздействия на организм ребёнка на приоритетное развитие требуемых двигательных функций.

В группе сравнения увеличилось число детей с 1-й степенью ограничения для категории самообслуживания, ориентации (в 4,7 и в 1,6 раза соответственно). Несколько меньше для категорий общения и контроля за своим поведением (в 1,8 и 1,3 раза соответственно).

Вывод. Таким образом, созданные и усовершенствованные тренажёры расширяют возможности для занятий ЛФК у детей с ограниченными возможностями. Применение созданных тренажёров существенно улучшило качество жизни больных ДЦП в форме спастической диплегии.

Данное исследование свидетельствует о чрезвычайно важном аспекте применения Цераксона. Он улучшает и даже нормализует физиологическое направление развития ребенка, хорошо воздействует на двигательные расстройства, геми-, парализы, особенно в сочетании с ЛФК и физиотерапией. Несколько меньше он нормализует функции у детей с ДЦП атонически-астатической формой (возможно требуется больше наблюдений) и мало чем отличается от других ноотропов по воздействию на эпилептический синдром, однако не усиливает последний. Перекрестный анализ всех предыдущих исследований, показал что терапия Цитиколином снижает на 10 – 12% показатели смертности и долгосрочной инвалидности.

По нашим данным показатели уменьшения спастичности после применения Цераксона в комплексном лечении (в сочетании с Актовегином и мидокалмом) в 5 раз лучше, чем в группе контроля (ноотропы и мидокалм). Прирост уровня физиологического нервно-психического развития детей по шкале INFANIB в группе получавших Цераксон составило более, чем на 2 пункта, а в контроле менее чем на 1 пункт, особенно значительное нарастание INFANIB показано у детей до 8 мес. жизни (улучшение более чем на 2,5 пункта).

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Исакова Г.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает значительное место среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков как у нас в стране, так и за рубежом. ДЦП как следствие мультифакториального дизонтогенеза центральной нервной системы характеризуется многообразием клинических проявлений, на преодоление которых в течение многих лет с большей или меньшей степенью эффективности были направлены усилия специалистов различных профилей.

В последнее время в медицинской литературе стали появляться сообщения о новых высокотехнологичных методах лечения этого тяжелейшего недуга, комплексному обзору которых посвящена данная работа.

Результаты исследований показали, что цитиколин угнетает деятельность некоторых фосфолипаз (A1, A2, C и D), препятствует остаточному высвобождению свободных радикалов, предупреждает повреждение мембранных систем и обеспечивает сохранение защитной антиоксидантной системы.

Цель исследования. Современные технологии восстановительного лечения и реабилитации больных с детским церебральным параличом.

Материалы и методы: Под наблюдением было 19 детей в возрасте от 3 мес. до 1,5 лет (средний возраст 9 мес. $\pm 0,8$), 12 мальчиков и 7 девочек в группе, получивших Цераксон и 10 детей контрольной группы (средний возраст 9,2

мес. $\pm 0,78$), 6 мальчиков и 4 девочки. Применялись методы клинической и инструментальной диагностики: компьютерная томография мозга, исследование глазного дна, электроэнцефалография.

Клинические диагнозы у наблюдаемых детей видно, что 12 детей имели окончательный диагноз ДЦП, при этом атонически-астатическая форма диагностирована у 3 детей, спастическая с гемипарапарезами у 6 детей, тетрапарезами у 4. Наличие гиперкинезов выявлено у 7 детей с ДЦП. Последствия перинатального ОНМК с формированием РОС ЦНС диагностировано у 7 детей, в том числе у 2 с симптоматической эпилепсией. В общем, среди причин таких заболеваний доминировали сосудистые причины, 15 детей – 79%.

Среди них субарахноидальное кровоизлияние перенесли 2 ребенка (10,5%), внутрижелудочковое кровоизлияние 21%, перивентрикулярное кровоизлияние 1 ребенок (5,5%), перинатальную гипоксию 15,8%, а наибольшее число детей имели паренхиматозные очаги кровоизлияний (5 детей – 26,3%). В целом преобладали сосудистые причины развившихся неврологических нарушений, последствия перинатального и раннего постнатального инсультов (15 из 19 детей, 79%).

В контрольной группе (таблице 3) все дети были с диагнозом ДЦП, при этом атонически-астатическая форма диагностирована у 3 детей, спастическая с гемипарапарезами у 3 детей, тетрапарезами у 4. Наличие гиперкинезов выявлено у 2 детей. Причинами этого явились сосудистые заболевания в форме САК у 2 детей. ВЖК у 3, паренхиматозного кровоизлияния у 2 и перинатальной гипоксии у 3. Сосудистые заболевания развились на фоне недоношенности у 6 детей и внутриутробного инфицирования ЦМВ у 6 детей. У одного ребенка в неонатальном периоде была конъюнкционная желтуха (на фоне врожденной ЦМВ-инфекции).

Вывод. Необходимо подчеркнуть, что все перечисленные методики малоэффективны при наличии в статусе больного фиксированных деформаций конечностей и максимально действенны при имеющихся нефиксированных рефлекторных контрактурах, возникающих при ортоградном положении больного и обусловленных гиперспастичностью мышц-синергистов и их силовым дисбалансом.

В заключение необходимо отметить, что среди многообразия современных средств восстановительного лечения и реабилитации больных с ДЦП, лишь часть из которых кратко освещена в данной статье, все более устойчивые позиции занимают высокотехнологичные методы, основанные на изучении патогенеза этого заболевания и на синхронном коррекционном воздействии на многочисленные его звенья. Есть все основания надеяться на дальнейшее их развитие и широкое внедрение в практику.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Исакова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Введенное понятие стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений предусматривает общую стратегию профилактики, лечения и прогноза сердечно-сосудистых заболеваний с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по своей медико-социальной значимости занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости населения. К приоритетным и эффективным методам лечения ИБС, снижающим риск развития сосудистых осложнений, относится хирургическая реваскуляризация миокарда – АКШ. Факторами, определяющими прогрессирование коронарного атеросклероза и оказывающими отрицательное влияние на отдаленные исходы успешно выполненного оперативного вмешательства, являются атерогенная дислипидемия и другие ассоциированные факторы риска артериальная гипертензия, курение, ожирение, нарушение углеводного обмена.

В рамках превентивного направления в медицине интегральным показателем состояния физического и психического здоровья является динамика качества жизни (КЖ) больных в процессе лечения. Несмотря на многочисленность исследований по КЖ больных после операции АКШ, недостаточно изучены критерии эффективности реабилитационных мероприятий, существующих методов психотерапевтической коррекции для больных, подвергшихся реваскуляризации ишемизированного миокарда.

Сохраняется актуальность усовершенствования тактики ведения больных в пред- и послеоперационный периоды.

Целью настоящего исследования явилось изучение психических нарушений при ишемической болезни сердца ИБС.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено клинко-психопатологическое обследование 37-больных с ИБС мужчин - 24, женщин- 13, находящихся на стационарном лечении в клинике АГМИ за 2013 - 2014 годы. Психопатологическое обследование тематических больных позволило выявить выраженные аффективные нарушения; такие как тревожная мнительность у 6 больных, кардиофобия – у 10 больных, депрессивно-фобический симптом -у 5 больных, апатическая субдепрессия -у 3 больных, астено-ипохондрический синдром – у 13 больных.

Аффективные нарушения невротического круга укладываются в рамки тревожной мнительности или субдепрессивных состояний со сверхценными представлениями и уходам болезнь на фоне соматогенной астении. Ипохондрические расстройства при ИБС формируются в структуре астенических и астено - депрессивных состояний с аффективной неустойчивостью, интеллектуальной истошаемостью. Тревожная боязливость сохраняется длительное время на фоне ослабленного жизненного тонуса.

Результаты и их обсуждение. Особую клинику представляет кардиофобия (27,0%), при которой резко суживаются интересы больного. Весь внутренний мир фиксируется в области больного сердца.

В случаях с анозогнозией отмечается противоположный ипохондрии эффект. При этом больные находятся в беспечной эйфории, отрицают свою болезнь, противостоят лечению.

Выявленная массивная невротоподобная и аффективная симптоматика задерживают выздоровление больных с ИБС, приводит к социальной дезадаптации и инвалидизации. Поэтому с учётом динамической структуры личности; реакции на болезнь таким больным рекомендуется на фоне основного терапевтического лечения проводить рациональную

психотерапию, суггестивную гипнотерапию, назначить трициклические антидепрессанты – амитриптилин, мелипрамин, азафен по 25 - 75 мг/сут, малые транквилизаторы – элениум, седуксен, реланиум, феназепам, нозепам по 5 - 15 мг/сут.

Выводы. Полученные данные способствуют решению задач, связанных со своевременной диагностикой и определением индивидуального прогноза при операции на сердце. Установленные закономерности динамики психопатологических нарушений, ассоциированных с ИБС у пациентов, перенесших операцию АКШ, могут быть использованы для организации профилактических реабилитационных мероприятий.

Сравнительное исследование основных показателей КЖ пациентов в течение первого года после операции АКШ позволяет осуществлять планирование реабилитационных мероприятий в зависимости от выявленных прогностически значимых факторов, таких как уровни алекситимии и личностной тревожности, депрессивные и органические психические расстройства, показатели ВЭМ (толерантность к физической нагрузке) и ЭхоКГ (фракция выброса, отражающая систолическую функцию ЛЖ), показатели метаболизма липидов крови и другие факторы риска до операции.

Предложенный алгоритм психологического обследования больных ИБС на этапе подготовки к операции и психотерапевтического сопровождения больных во время пребывания в стационаре и в течение года после операции определяет превентивный подход к комплексной реабилитации больных ИБС, перенесших операцию АКШ, обеспечивает повышение КЖ больных, восстановление профессиональной деятельности и социального функционирования.

РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К., Аскарлова К.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Следует признать ещё недостаточной популяризацию знаний о возрастных особенностях психического развития ребёнка. В настоящее время редкая семья знает, что возраст до 1 года – это период, когда общение является главным видом деятельности ребёнка и что недостаточность эмоциональных контактов с ним может неблагоприятно отразиться в дальнейшем на его характере. Наша сегодняшняя статья посвящена психическому развитию ребёнка первого года жизни или как его ещё иначе называют – младенческому возрасту.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось психическое развитие ребенка до одного года.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы провели обследование детей раннего возраста. Обследование проводили детских поликлиниках города Андижана и поликлиники АОПНД. Всего обследовали 112 детей, из них мальчиков – 64 (57,1%), девочек 48(42,8%).

Результаты исследования: Согласно общепринятой систематике мы разделили развитие ребенка на 5 этапов: первый этап – моторный (до 1 месяца), второй этап (2-3 месяца), третий этап (3-6 месяцев), четвертый этап (6-9 месяцев), пятый этап (9-12 месяцев).

Первый период. Всего 22 (19,6%) ребенка из них мальчиков 14(12,5%), девочек 8(7,1%). Рождение является для организма потрясением, так как происходит переход от вегетативного существования в относительно плотной среде организма матери в новые условия воздушной среды с бесконечным количеством часто сменяющихся раздражителей. Жизнь ребёнка в новых условиях обеспечивают врождённые механизмы, он рождается с определённой готовностью нервной системы приспосабливать организм к внешним условиям (дыхание, кровообращение).

Второй период (2-3 месяца), всего было обследовано в этом периоде 21(18,7%) ребенок из них мальчиков 12(10,7%), девочек 9(8%). Этот период характеризуется установлением ритма сна и бодрствования, а также удлинения бодрствования по сравнению с периодом новорожденности до 5-8 часов в сутки. Длительные периоды бодрствования создают возможность контакта с окружающими и развитием более разнообразных эмоциональных реакций.

Третий период (возраст 3-6 мес). Обследованы 30(26,7%) детей из них мальчиков 18 (16%), девочек 12(10,7%). В этом возрасте ребёнок в спокойном бодрствовании постоянно рассматривает игрушки и окружающие предметы, но чаще рассматривает свои руки.

Четвёртый период (6 – 9 мес). В этом возрасте было обследовано 15(13,3%) детей из них мальчиков 6(5,3%), девочек 9(8%). Отличительной особенностью этого периода является сосредоточение на каком-либо виде деятельности.

Пятый период (возраст 9 – 12 мес). Всего 14(12,5%) детей из них мальчиков 4(3,5%), девочек 10(8,9%). В поведении ребёнка начинают преобладать такие действия, как вкладывание предмета в предмет, надевание одного предмета на другой, при этом он хорошо захватывает предметы двумя пальцами, манипулирует 3-4 пальцами, предпочтительно действует одной рукой.

Вывод: Социальная ситуация развития ребёнка первого года жизни характеризуется тем, что вся его деятельность реализуется либо непосредственно через взрослого, либо в сотрудничестве с ним. Все потребности ребёнка удовлетворяются взрослыми. Вместе с тем сознание младенца развивается, и в начале 2-го года жизни от реактивных форм деятельности он переходит к активным.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Исламов И.И. Гадаев А.Г.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Рассмотрены сравнительные данные применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов, полученные на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с диагнозом хронической сердечной недостаточностью. В статье также приведены данные об отрицательном влиянии альдостерона на течение сердечно-

сосудистых заболеваний, послужившие теоретическим основанием для более широкого использования в клинической практике препаратов – антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

Цель. Оценить эффективность антагонистов минералокортикоидных рецепторов на течение хронической сердечной недостаточности, на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии за 2019 год. Изучено выборочно 411 историй болезни больных с хронической сердечной недостаточностью. Из них 232 (56,44%) мужчин и 179 (43,55%) женщин, средний возраст которых составил $63,3 \pm 11,6$ лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, электрокардиография, эхокардиография, шкала оценки клинического состояния, тест 6-ти минутной ходьбы). Пациенты были подразделены на 3 группы в зависимости от применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

Результаты: В процессе ретроспективного анализа историй болезни было выявлено, что у 74,9% ($n=308$) больных ишемическая болезнь сердца и у 89,05% ($n=366$) артериальная гипертензия, у 30,09% ($n=127$) больных имелись фибрилляции предсердий, у 2,67% ($n=11$) атеросклеротические пороки сердца, 27,0% ($n=110$) из обследованных страдали сахарным диабетом 2 типа. Среднее систолическое артериальное давление составляло $136,6 \pm 18,0$ мм рт. ст. и диастолическое артериальное давление $78,8 \pm 18,26$ мм рт. ст. Исходный уровень фракции выброса был $46,62 \pm 12,4\%$. Средний показатель пульса составлял $81,2 \pm 24,6$ ударов в минуту. Среднее значение глюкозы в венозной крови в пределах $5,6 \pm 4,2$ ммоль/л. Исходный уровень общего холестерина составлял $5,2 \pm 3,5$ ммоль/л. Исходный уровень калия составлял $4,2 \pm 1,1$ ммоль/л и $5,1 \pm 1,2$ ммоль/л при выходе из стационара. Исходный уровень креатинина в крови составлял $124,2 \pm 3,1$ мкмоль/л и $116,8 \pm 2,3$ мкмоль/л при выходе из стационара. Больные первой группы ($n=195$) получали верошпирон в сочетании с ББ и и-АПФ, больные второй группы ($n=158$) получали без антагониста альдостерона бета блокаторов и ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, а больные третьей группы ($n=58$) получали эплеренон в сочетании с бета блокаторов и ингибиторы ангиотензин превращающего фермента. При сопоставлении и сравнении результатов больных, получавших и не получавших АМР, было выявлено, что показатели качества жизни по шкале оценки клинического статуса больных двух группы были достоверно хуже, а показатели толерантности к физическим нагрузкам по данным теста 6 минутной ходьбы в этой же группе были ниже, чем эти же показатели в других группах, у которых получали антагонистов альдостерона. При сравнении данных показателей среди групп, получавших эплеренон и верошпирон, значительная разница не была выявлена. Но был отмечен положительный сдвиг показателей лабораторных анализов, в частности уровни калия и креатинина в крови у пациентов группы, получавших эплеренон, в сравнении с показателями пациентов группы, получавших верошпирон.

Заключение. Результаты несомненно, должны стать основанием для более широкого применения препарата в клинической практике. При этом требуется динамический контроль клинических и биохимических параметров пациента.

РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Исломов И.И. Гадаев А.Г.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Приведены данные о положительном влиянии антагонистов альдостерона на нарушении сердечного ритма у больных с хронической сердечной недостаточности, послужившие теоретическим основанием для более широкого использования в клинической практике препаратов – антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

Цель. Изучить влияния антагонистов минералокортикоидных рецепторов на нарушения ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. В рамках проспективного наблюдения были обследованы 42 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении общей терапии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, возрасте 53 - 74 лет. В исследование были включены пациенты с хронической сердечной недостаточностью II, III и IV функциональном классом по классификацию New York Heart Association. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, электрокардиография, эхокардиография, тест 6-ти минутной ходьбы, шкала оценки клинического состояния. Для диагностики аритмии проводилось физикальное исследование пациентов, краткосрочная запись электрокардиография в 12 отведениях и суточное холтеровское мониторирование.

Результаты. По данным холтеровского мониторирования электрокардиография в 12 отведениях и краткосрочной записи электрокардиография нарушения сердечного ритма выявлены у 31 (73,81 %) больных до и после комплексного лечения с включением антагонистов альдостерона соответственно: постоянная форма фибрилляции предсердий – у 18 (42,85%) и 18 (42,85%) больных ($p < 0,05$), единичные наджелудочковые экстрасистолы – у 7 (16,67%) и 3 (7,14%) больных ($p > 0,05$), единичные желудочковые экстрасистолы – у 22 (52,38 %) и 13 (30,95%) больных ($p < 0,05$), сочетание наджелудочковые экстрасистолы и желудочковые экстрасистолы – у 12 (28,57 %) и 9 (21,43%) больных ($p > 0,05$), частые желудочковые экстрасистолы у 8 (19,04%) и 8 (19,04%) больных ($p > 0,05$). Среди этих больных функциональный класс согласно шкале оценки клинического состояния и тесту 6-минутной ходьбы, выявлены следующим образом: хроническая сердечная недостаточность II функциональный класс – у 15 (35,71 %), III функциональный класс – у 18 (42,85 %), IV функциональный класс – у 9 (21,42 %) больных. У всех имелась ишемическая болезнь сердца, преимущественно представленная стабильной стенокардией напряжения со средним функциональный класс $2,86 \pm 0,75$. Артериальная гипертензия выявлена у 31 (73 %) больных. Среднее систолическое артериальное давление

составляло $136,6 \pm 18,0$ мм рт. ст. и диастолическое артериальное давление $74,8 \pm 18,31$ мм рт. ст. Исходный уровень фракции выброса был $46,62 \pm 12,4\%$. Средний показатель пульса составлял $81,2 \pm 24,6$ ударов в минуту.

Заключение. Таким образом, антагонисты минералокортикоидных рецепторов способны уменьшить возникновение нарушений сердечного ритма и улучшить качество жизни на фоне комплексного лечения больных с хронической сердечной недостаточностью.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Исмоилов И. Х.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время при лечении воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) часто наблюдается низкая эффективность применяемой этиотропной терапии, что связывают с высокой скоростью адаптации микрофлоры полости рта к антибактериальным препаратам. Возможным решением этой проблемы может быть использование препаратов, обладающих не только антибактериальной активностью, но и иммунокорректирующими свойствами, позволяющими стимулировать местный иммунитет пародонта и таким образом повысить устойчивость тканей к действию агрессивной микрофлоры.

Заболевание пародонта в настоящее время представляет собой одну из важнейших проблем в детской стоматологии. Многообразие поражений пародонта включает разнообразные по форме и клиническим проявлениям воспалительные, воспалительно-деструктивные, дистрофические и неопластические процессы. Существует большое количество различных методов лечения пародонта, поэтому актуальным является оптимизация метода лечения в зависимости от клинической ситуации, ведь благоприятный исход лечения зависит от правильно поставленного диагноза и, соответственно, составления протокола лечения.

Цель исследования. Адаптация протокола ведения пациентов с пародонтитом в зависимости от клинической ситуации.

Материалы и методы. Проведен обзор медицинской литературы, научных статей.

Результаты. Органы организма любого человека со временем претерпевает незначительные изменения, связанные с нарушением некоторых функций. И даже если у человека были от природы крепкие и белые зубы, то к старости мало кому удастся их сохранить. Поэтому актуальным становится вопрос о сохранении стоматологического здоровья значительной части населения страны. Важной составляющей его является улучшение показателей ортопедического стоматологического статуса людей: сохранение целостности имеющихся зубных рядов или возмещение имеющихся дефектов качественными зубными протезами. Пародонтит является воспалительным заболеванием, которое поражает практически все ткани, окружающие поверхность зуба, в том числе и связывающие его с челюстными костями. Распространенность пародонтита достигает почти 100%, проявления которого начинаются с 35-40 лет. Тяжелые формы пародонтита составляют 20-40%. Особые разновидности пародонтита, такие как юношеский пародонтит 0,1-0,4%, и быстро прогрессирующий пародонтит 2-5%, среди основной массы населения встречается редко (ВОЗ, 2002). Возникновение пародонтита происходит в результате влияния общих факторов, таких как общесоматические заболевания, которые влияют на гемодинамику пародонта, микрофлору ротовой полости, состояние костной ткани, общий и местный иммунитет. К ним относятся заболевания сердечно - сосудистой и нервной системы, нарушения эндокринных желез, заболевания крови. Нередко оказывают влияние наследственная предрасположенность, дисбаланс витаминов, нерациональное и несбалансированное питание, профессиональные вредности и вредные привычки, неблагоприятные условия окружающей среды, состояния стресса. Классифицируют пародонтит по течению на острый и хронический. Хронический пародонтит подразделяют на две стадии: стадия обострения и стадия ремиссии. В зависимости от степени тяжести выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень. В зависимости от локализации бывает локализованный пародонтит и генерализованный. Существует агрессивные формы пародонтита: препубертатный пародонтит, ювенильный пародонтит, быстро прогрессирующий пародонтит, рефрактерный пародонтит, язвенно-некротический.

Во время начатое лечение десмонтоза открывает возможность сохранения зубов у больных. Лечение ювенильного пародонтита в настоящее время проводят с применением антибиотиков в сочетании с местным лечением: проведением кюретажа, гингивотомии с предварительной депульпацией зубов и введением препаратов, усиливающих репаративную регенерацию костной ткани. В результате омертвления тканей появляется гнилостный запах изо рта. Даже регулярная чистка зубов не позволяет избавиться от этого неприятного запаха. У таких больных нередко выявляется скопление остатков пищи между зубами. Заболевание может протекать в легкой, средней и тяжелой формах. Основными симптомами являются общая интоксикация, диспепсия, нарушение сна, увеличение лимфатических узлов, неприятный запах изо рта, кровоточивость и болезненность десен, зуд, появление язвочек и тягучей слюны. Лечение язвенно - некротического пародонтита может быть как общим, так и местным. Основные методы лечения данного заболевания включают в себя профессиональную чистку зубов от налета и зубного камня, шлифовку острых краев зубов, применение местных обезболивающих средств (Лидокаин или Новокаин), использование антибактериальных средств в виде растворов и суспензий, соблюдение диеты. Обезболивающими препаратами необходимо смазывать участки изъязвления в области десен. Из antimicrobных препаратов чаще всего применяются раствор хлоргексидина, перекись водорода или метронидазол в форме суспензии. Лечить можно путем проведения аппликаций протеолитических ферментов (трипсина). Для устранения воспаления десен используются аппликации или же проводится полоскание. Немаловажное значение в лечении язвенно-некротической формы гингивита имеют физиотерапевтические методы, к которым относятся лазеротерапия, ультрафонофорез, ультрафиолетовое облучение. Для укрепления организма целесообразно назначение витаминов. Диета предполагает исключение из рациона продуктов, которые способны раздражать слизистую оболочку десен. В случае неэффективности консервативной терапии, когда имеются обширные некротизированные участки, может потребоваться хирургическое вмешательство. Проводится удаление некротизированных тканей. Чтобы предупредить рецидивы заболевания, после лечения организуется тщательная санация полости рта. При адекватном и своевременном

лечения улучшение самочувствия больного наступает уже через несколько дней. На фоне лекарственной терапии происходит эпителизация язв.

Заключение. 1. Распространенность пародонтита во всем мире достигает почти 100%, в России достигает 86%.

2. Ведущими факторами развития пародонтита является несоблюдение гигиены полости рта, травматические факторы, связанные с неправильным расположением зубов, гипертонусом жевательной мускулатуры, нарушениями прикуса.

3. Выбор тактики лечения пародонтита зависит от степени тяжести клинических проявлений, поэтому важна точная диагностика степени поражения, после чего составляется план лечения в соответствии с индивидуализированным подходом с учетом показаний и противопоказаний к отдельным методам лечения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Исмоилов И. Х.

Андижанский государственный медицинский институт

В детском возрасте основное заболевание пародонта - хронический катаральный гингивит, который протекает без ярких клинических проявлений и не вызывает беспокойства детей. К стоматологу дети попадают при прогрессировании заболевания и развитии осложнений. Для выявления первых признаков заболеваний пародонта и проведения комплекса лечебно-профилактических мер необходимо ежегодное профилактическое обследование здоровых детей. Признаки патологии пародонта могут быть первыми симптомами серьезных заболеваний организма (эндокринных, гематологических и др.), что повышает ответственность детского стоматолога за их своевременное выявление и лечение.

Цель исследования. Предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

Принципы лечения заболеваний пародонта у детей. Лечение заболеваний пародонта у детей и подростков должно быть комплексным. Комплекс составляют с учетом этиологии заболевания, характера и степени выраженности воспалительных и дистрофических изменений в тканях и данных специального клинического и лабораторного исследования. При наличии у ребенка общесоматических или хронических системных заболеваний план общего лечения должен быть согласован с педиатром или специалистом соответствующего профиля. У детей со сниженными показателями иммунологической реактивности организма необходимо проводить по назначению педиатра стимулирующую терапию. При наличии воспалительных явлений в мягких тканях применяют различные медикаментозные средства противовоспалительного действия. С этой целью используются разнообразные лекарственные формы: мази, пасты, аэрозоли, которые применяют в виде аппликаций и полосканий, вводят в зубодесневые карманы. Для снятия чувствительности твердых тканей зубов, которая часто сопровождает болезни пародонта, зубы обрабатывают фторсодержащими лаками или пастами. Из огромного арсенала противовоспалительных средств местного лечения заболеваний пародонта широко используют ферментные препараты, антибиотики, антисептики, а также препараты, способствующие восстановлению тканей. Важную роль в лечении заболеваний пародонта играет устранение различного рода травматических факторов в полости рта с помощью терапевтических, хирургических и ортопедических вмешательств. Такие дефекты, как укороченные уздечки губ и массивные тяжи слизистой оболочки, мелкое преддверие устраняются только хирургическим путем.

При наличии патологических изменений в пародонте большое значение придается устранению зубочелюстных аномалий с помощью ортодонтических методов лечения. Исправление неправильного прикуса наиболее эффективно в детском возрасте.

Выводы. Применение комплекса профилактических мероприятий, включающего стоматологическое просвещение с обучением правилам ухода за полостью рта, профессиональную гигиену и использование лечебно-профилактических средств, содержащих антибактериальные и противовоспалительные компоненты, позволило добиться снижения воспалительных явлений в тканях пародонта. Лечение заболеваний пародонта проводится с учетом этиологии и патогенеза, клинического течения, патологоанатомических изменений в тканях пародонта и обязательно под контролем клинических, параклинических и лабораторных методов исследований.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

Исмоилов И.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Как известно, проблема патологии пародонта имеет общемедицинское и социальное значение. По данным ВОЗ 80% взрослого населения земного шара подвержено заболеваниям пародонта, приводящим к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсбилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств.

Цель исследования. Современные методы лечения гипертрофического гингивита.

Методы исследования. Лечение хронического гипертрофического гингивита зависит от этиологии, патогенеза, клинического течения. Если причиной развития гипертрофического гингивита является прием противосудорожных препаратов, то план лечения должен быть согласован с врачом-психоневрологом. Если причиной хронического гипертрофического гингивита в пубертатном периоде является нарушение гормонального статуса, план лечения согласовывают с педиатром-эндокринологом. При ограниченном гипертрофическом гингивите

необходимо устранить неблагоприятные факторы (аномалии прикуса, некачественно наложенные пломбы, неполноценные ортодонтические аппараты, зубные отложения). При лечении хронического гипертрофического гингивита необходимо тщательно удалить мягкие и твердые зубные отложения, обучить ребенка гигиеническому уходу за полостью рта с использованием гигиенических средств, назначать средства противовоспалительного действия. Назначают местно нестероидные противовоспалительные препараты – 0,1% раствор мефенамина натрия соли, природные антибактериальные препараты (новоиманин, уснинат натрия), вяжущие средства растительного происхождения (сальвин и др.). Склерозирующая терапия предпринимается после того, как уже исчерпаны возможности противовоспалительной терапии, при этом используют препараты вяжущие, дубящие, резорбирующие и рубцующие ткани. С успехом используют вещества, сочетающие в себе антисептические, противовоспалительные, вяжущие свойства: сангвинарин, мараславин, гербадонт, фитодонт и др. Выраженным склерозирующим действием обладает резорцин, смесь кристаллической карболовой кислоты, йода и йодида калия. Для склерозирующей терапии гипертрофированных десневых сосочков может быть применен 60-65% раствор глюкозы, который в виде инъекции можно вводить в ткань измененного сосочка. При незначительной гипертрофии десны (I степени) Т.Ф. Виноградова и соавт. предлагают использовать электрофорез 5% йодида калия ежедневно в течение 15-20 дней, а при значительной гипертрофии (II и III степени) электрофорез раствора лидазы или ронидазы в буферном растворе (рН 5,2) через день. Курс лечения 15-20 дней.

Выводы. Лечение заболеваний пародонта проводится с учетом этиологии и патогенеза, клинического течения, патологоанатомических изменений в тканях пародонта и обязательно под контролем клинических, параклинических и лабораторных методов исследований. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

АНГИНОЗЛИ ВА АБДОМИНАЛ ВАРИАНТЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИ: ХУДУДИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ НЕГИЗЛАРИ

*Исмоилов И.И., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

“Эпидемия жиддий огохлантурувчи даракчига ўхшайди... Миллат эволюцияси шунчалик даражага етиб бузилган-ки, уни тан олмасдан инкор қилиб давом этиш, мумкин бўлмаган ҳолдир...” (Р.Вирхов).

Шундай эпидемия узоқ йиллардан бери юрак-қон томир касалликларида давом этаётганлиги фанга маълум ва характерлиси, бу жараёндан дунёнинг бирон-бир давлатини четда қолмаганлигидир, жумладан, Ўзбекистонни ҳам.

Айниқса, бутун дунёда миокард инфарктини (МИ) тиббий – ижтимоий аҳамияти ҳозирги даврда ошиб бормоқда, ва у тобора битта беморни касаллиги бўлиб қолмасдан, балки жамиятни, соғлиқни сақлаш системаси ва давлат сиҳатини етакчи мезони (кўзгуси) сифатида унга қараш тобора шаклланиб бормоқда.

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфарктининг ангинозли ва абдоминал вариантларини Фарғона водийси шароитида ҳудудий профилактикасини такомиллаштириш негизларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 412 та МИ билан беморлар Андижон иқлимий шароитида махсус 3 йиллик клиник-эпидемиологик мониторингга ўрганилди. Ташхис қўйишда халқаро тавсия қилинган мезонлардан фойдаланилди.

Натижалар ва ҳулосалар: миокард инфарктини патоморфози водий шароитида таққосланганда ўзгарганлиги маълум бўлди. Ишончли ва тасдиғли аён бўлди-ки, ангинозли МИ барча турларини 63,3 фоизгача ташкил этиб $\geq 20-80$ ёшли популяцияда қайд қилинади, қиёсланганда аёлларда 3,0 фоизга етиб кўпроқ (65,2 фоиз), эркакларга солиштирилганда (62,2 фоиз) тасдиқланади ($p > 0,05$).

Турли ёш гуруҳларида қиёслиниб баҳоланганда кузатиладики, МИнинг ангинозли шакли энг кўп 40 ёшгача бўлганларда (100,0 фоиз) ва 40-49 ёшлиларда (90,4 фоиз) аниқланади. Анча юқори фоизларда 50-59 (80,1 фоиз) ва 60-69 (56,8 фоиз) ёш диапазонларида ҳам ушбу вариантли кечиб қайд қилинган. Лекин 70 ёшдан бошлаб кескин камайиши – то 11,5 фоизгача ($p < 0,001$) ва 14,3 фоизгача (80 ёшдан ўтганларда $p < 0,0001$) етиб эътиборни тортади.

Абдоминал клиник вариантда кечувчи МИ ҳам алоҳида жиҳатлар касб этиб, ўзига хос патоморфозли ифодаланиш билан, қиёсан олинганда, ажралиб туради. Умуман, тарқалиш частотаси 5,8 фоизни $\geq 20-80$ ёшли Андижон аҳолисида ташкил этади. Бундай вазият турли ёшлиларда тафовутлиниб кўзга ташланади. Яна бир хусусияти, кўпроқ эркакларда (6,0 фоиз) ва статистик ишончсиз фарқ билан камроқ аёлларда (5,4 фоиз) кузатилади ($p > 0,05$). Абдоминал клиник вариантли кечиб энг кўп 70 ёшдан кейин (16,4 фоиз), икки баробардан кўпроқ кам даражада (7,2 фоиз) 70 ёшгача ($p < 0,01$) ва 4 баробар паст учраш частотаси билан (4,0 фоиз) 50-59 ёшлиларда қайд қилинади ($p < 0,001$). Ёшларда ва 80 дан ўтганларда умуман кузатилмаганлиги ҳам диққатни, сўзсиз, тортади (0,0 фоиз).

“Профилактика устунларини” қўйиш учун, ўйлашимиз-ки, ушбу натижалар негиз бўлиб хизмат қиладилар ва кардиоваскуляр профилактика йўналишлари маълум даражада кенгайтирадилар.

АСОРАТЛАНГАН ВА НОАНЪАНАВИЙ МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЎЗГАЧА ТОМОНЛАРИ

*Исмоилов И.И., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Ўткир миокард инфарктдан (ЎМИ) аксарият ўлим содир бўлади. Бундай миқозларда кўпинча асоратланган (АсМИ) ва ноанъанавий кўринишли миокард инфаркти (НотМИ) кузатилади. Асосий сабаби – кеч қолиб ташхис қўйиш ва айниқса, ушбу ҳасталиқнинг орфотурларини учраб туриши ҳисобланади. Шунинг учун айнан мана шу йўналишда илмий-амалий фаолиятларни кучайтириш долзарб масала ва манфаатли йўналишидир.

Ишнинг мақсади – Андижон популяциясида асоратланган ва ноанъанавий миокард инфарктининг эпидемиологияси ҳамда олдини олишнинг худудий хусусиятларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: эпидемиологик текширув ўтказилди ва унга ЖССТ усулларида фойдаланилди. 3 йиллик скринингли кузатув давомида 412 та ўМИ билан беморлар ажратилди, уларда махсус чуқурлаштирилган комплекс, умумқабул қилинган текширув РШТЭИМ АФ шароитида ўтказилди.

Натижалар ва хулосалар: тахлилларимиз тахмин қилиш имкониятини туғдирди-ки, ўМИ асоратланишлари хавфи, Андижон популяцияси мисолида, то 7,6 фоизгача етиб умуман, ва, 10,4 фоиз эркаклар ҳамда 6,7 фоиз аёлларда хусусан, АсМИ ва НотМИ билан боғлиқ бўлади ($p < 0,05$). Шошилишч “мўлжалли” профилактика амалиётига, демак 100 та МИ билан беморнинг 7 тасида, ўткир эҳтиёж туғилади.

Текширилган худудий популяциянинг, 20-80 ёшда бўлган аҳолининг, 4,9 фоизда НотМИ аниқланади. Бундай турли ўМИ эркакларда қиёсан ортик бўлади (5,2 фоиз); аёлларда бўлса, учраш суръати тахлилларимиз бўйича 4,3 фоиздан ошмайди ($p > 0,05$).

Асоратланган ўМИ (кардиоген шок ва юрак тампанадаси ҳисобга олинган) ҳам 2,7 фоиздан ошмасдан қайд этилади (эркакларда – 5,2 фоиз ва аёлларда 2,4 фоиз; $p < 0,05$). Эркакларда АсМИ икки баробардан ошиб аёлларга нисбатан кўп кузатилади; ўйлаймиз-ки, бунинг жонлаштириш бўлимида беморларни келгуси реабилитация – даволаш босқичларига йўналтириш муддатларини белгилашда ҳисобга олиш керак бўлади.

НотМИ ёш ортиши билан деярли 20 баробарга етиб кўп келиб чиқади ($p < 0,0001$). Бундай кечиниш 40 ёшдан ошганларга асосан ҳос, унгача учрамайди (0,0 фоиз). Ёш кўп частотаси 80 ёшдан ошганларда (21,4 фоиз), 70-79да – 11,5 фоиз бўлса, 60-69да – 5,4 фоиз, 50-59да – 1,2 фоиз ва 40-49да – 2,7 фоиз, бўлиб нисбатан кам кузатилади.

АсМИ асосан кексаларда кузатилади ва қуйидаги кўрсаткичлар билан қайд этилади: 60-69 ёшлиларда – 2,7 фоиз, 70-79да – 4,9 фоиз ва ≥ 80 ёшда – 35,7 фоиз.

“Ўнғай”, “Тиббий фойдали” ва “Ижтимоий кам талофатли” профилактика ҳамда даволаш дастурларида қайд этилган “ўзгачароқ” МИ ифодаланишлари эътиборга олинса ёки “йўл ҳаритаси” ишлаб чиқилса мақсадга мувофиқ бўлади.

КОЛЛАПТОИДЛИ ВА АРИТМИК ХАМДА ЁНГ ҚОРИНЧАЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИНИ “ЭПИДЕМИОЛОГИК – КЛИНИК КЎЗГУЛАНИШ”ЛАРИ, МУХОФААЗЛАНИШ УЎҚЛАРИ

*Исмоилов И.И., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЭИМ АФ, Андижон*

Маълумки, мамлакатимизнинг турли субъектларида ўткир миокард инфаркти билан касалланиш суръатлари ва ўлим даражалари тафовут билан кузатиладилар. Ушбу феноменни иқлимий-жўғрофий, этник ва ижтимоий-иқтисодий ихохлари ҳозиргача тўлиқ мавжуд тадқиқотларда, ёритилмаган. Келтирилган статистик маълумотлардаги кўрсаткичлар эпидемиологик текширувларда аниқланган натижалардан фарқланадилар. Миокард инфарктини даволаш жараёнини арзонга тушмаслигини ва унинг бугунги тиббий-ижтимоий хавфини кўз олдида келтирилса, келиб чиққан ушбу касалликка боғлиқ вазият - мувофиқ акс этдирилишни талаб этади. Бунинг учун эса эпидемиологик текширувларга эътиборни янада кучайтириш керак бўлади.

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфарктининг орфошаклларида коллаптоидли миокард инфаркти (КМИ), аритмик миокард инфаркти (АМИ) ва ёнғ қоринча миокард инфаркти, (ЎҚМИ) мисолларида эпидемиологиясини водий шароитида ўрганиш, профилактикаси ушбуларни белгилашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: проспектив клинико-эпидемиологик трендга 1554 та бемор жалб қилинди, сўровномали ва клиник-инструментал текшириш усуллари қўлланилди (ВНОК, 2009).

Натижалар ва хулосалар: коллаптоидли ва аритмик шаклли миокард инфаркти 20-80 ёшли Андижон популяциясида – 4,9 фоиз ва 7,0 фоиз тарқалиш билан кузатилди ($p < 0,05$). КМИ аёлларда 5,0 фоиз ва эркакларда бўлса 4,8 фоиздан частоталарда 7,3 фоиз ва аёлларда – 6,7 фоизга етиб кузатилди ($p > 0,05$). КМИ юқори кўрсаткичларда кекса ёшли популяцияда 14,7 фоиз (70-79да) ва 7,1 фоиз (80дан ошганларда) тасдиқланди. Уларга нисбатан 3 мартагача кам частоталар билан 50-59 (2,5 фоиз) ва 60-69 ёш диапозонларида (5,4 фоиз) қайд этилди ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,01$).

ЎҚМИ 20-80 ёшли аҳоли популяциясида 1,9 фоиз частота билан аниқланди, эркакларда ва аёлларда бир хил тарқалиш (2,0 фоиз ва 1,8 фоизлардан мувофиқ ҳолда; $p > 0,05$) частоталарида кузатилди.

Ёш оралиқларида аҳолида баҳоланганда маълум бўлдики, миокард инфарктини кам учрайдиган мазкур клиник варианти ҳам ёш ўтиши билан икки баробардан зиёдга етиб ортиб боради ($p < 0,01$). 50 ёшгача бўлган беморларда, бизнинг кузатувимизда бўлган мижозларда, қайд этилмади (0,0 фоиз). 60 ёшгача беморларда – 1,2 фоиз, 70 ёшгача гуруҳдагиларда – 2,7 фоиз ва 80 ёшгача бўлганларда эса – 4,9 фоиз кўрсаткичлар билан тасдиқланди.

Ўйлаймиз-ки, аниқланган “эпидемиологик-клиник кўзгуланиш” миокард инфарктининг кам учрайдиган шаклларида, хусусан, КМИ, АМИ ва ЎҚМИларга эътиборни кучайтиради, табақалаштирилган самарали профилактика ушбуларни кўрсатади.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Кабилов Ш.М., Кучкарова О.Б., Мадаминава М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Согласно Международной классификации головных болей 2003 года головная боль напряжения (ГБН) относится к первичным головным болям. Она имеет четко, клинически очерченный, болевой симптомокомплекс. Соответственно она рассматривается как идиопатическая, а значит, не имеет ни конкретной, ни предполагаемой причины возникновения, кроме возможности наследственного предрасположения. Общепринятым этиопатогенезом заболевания является

функциональная недостаточность антиноцицептивной системы на фоне личностных особенностей при наличии патологического мышечного напряжения или хронического психоэмоционального стресса. Однако не определена роль преморбидного состояния и неврологических нарушений в возникновении ГБН в зависимости от возраста.

Целью исследования. Оценка преморбидного и психосоматического статуса, данных нейровизуализации у детей и подростков с ГБН в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов от 6 до 17 лет с ГБН. Диагноз устанавливался в соответствии со 2-й редакцией МКГБ 2003г. По возрасту были распределены на группы: 1 – от 6 до 11 лет (9 человек); 2 – от 12 до 14 лет (12 человек); 3 – от 15 до 17 лет (14 человек).

Результаты. Ежедневные ГБ испытывали 6 человек. Наличие сопутствующих мигренозных болей у 5. Пароксизмальные состояния были у 3. В 1-й группе в неврологическом статусе у 40% имелась микросимптоматика. У 71% пациента 3-ей, 74,5% 2-ой группы неврологический статус был без особенностей. Беременность и роды протекали физиологически у 85% пациентов 2 и 3-й групп, у 28% детей 1-й в перинатальном периоде имелись особенности. В анамнезе имели частые простудные заболевания, тяжелые острые заболевания, травмы: 41,46%; 90%; 55,55% соответственно. ИМТ составил $17,14 \pm 2,47$; $19,49 \pm 2,88$; $20,39 \pm 4,57$. Наличие головной боли в семье в среднем по группам отмечено у 68%. Проживание в неполных семьях: 39%, 37,3%, 43,43%. По данным ЭЭГ только у 7 человек функциональное состояние мозга соответствовало организованному типу ЭЭГ, либо варианту возрастной нормы. В ряде случаев определяется дезорганизация коркового ритма, снижение порога судорожной готовности, а в единичных случаях – пароксизмальная активность. Исследование МРТ (РКТ) головного мозга без патологии. С возрастом чаще выявлялись незначительные структурные изменения со стороны головного мозга (асимметрия желудочков, кальцинаты, расширение пространств, углубление борозд).

Обсуждение. В результате неоднократного, либо длительного воздействия различных неблагоприятных факторов, в нервной системе включается механизм нейропластичности в виде структурно - функциональной перестройки нейронов ЦНС. Итогом этих изменений может быть снижение порога возбудимости, возникновение парадоксальных патологических ответов со стороны вегетативно – сосудистой регуляции. Происходят обратимые или микроструктурные преобразования. Если действие факторов длительное или происходит их суммация, то возникает патологическая пластичность, а психоэмоциональное напряжение только ее выявляет в виде стойкой гипервозбудимости ноцицептивных структур и, как результат, - возникновение головной боли. Таким образом, можно определить ГБН, как хроническое мультифакториальное заболевание нервной системы, развивающееся у генетически предрасположенного человека на фоне снижения пластичности мозга под влиянием экзогенных и эндогенных факторов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНИЧЕСКИХ АТАК И СЛОЖНЫХ ФОКАЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

*Кабилев Ш.М., Кучкарова О.Б., Мадаминава М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Распространенность панического расстройства, по данным эпидемиологических исследований, составляет 1,9–3,6 %, а по некоторым источникам, до 5 % населения.

Приступы, напоминающие панические атаки, могут встречаться при височной эпилепсии. Височная эпилепсия – это одна из наиболее распространенных форм эпилепсии, среди симптоматических парциальных эпилепсий - 60%. Субъективные и объективные (поведенческие) аспекты пароксизмальных эпизодов являются базисом для установления локализации очага. Значительную помощь в этом оказывает длительное ЭЭГ мониторингирование с включением сна. (G. Kramer, 2009).

Цель исследования. Определение оптимальных диагностических критериев, позволяющих в максимально короткие сроки дифференцировать панические атаки и фокальные височные приступы.

Нами были обследовано 16 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет. У всех основной жалобой были приступы, напоминающие панические атаки.

Мы разделили их на три возрастные группы: с 3 до 7 лет – четверо детей; возрастные группы с 7 до 14 лет и с 15 до 18 лет по шесть человек. Преобладания по полу в группах не отмечено. Пациентам было проведено комплексное обследование: ЭКГ мониторингирование, ЭЭГ мониторингирование.

Все дети младшей возрастной группы на момент обращения наблюдались у кардиолога и педиатра с диагнозом дисфункция синусового узла. Всем было проведено с использованием кардиологического датчика длительное ЭЭГ мониторингирование с включением сна. У двоих детей при проведении обследования удалось зафиксировать приступ, имеющий ЭЭГ паттерн фокального приступа. У одного ребенка имелись интериктальные изменения в виде регионального замедления и острых волн в височных отведениях слева в высоком проценте. Еще у одного ребенка ЭЭГ не отличалась от возрастной нормы, но характер приступов, их стереотипность, длительность (несколько секунд) позволили нам принять решение о назначении ему противоэпилептической терапии (депакин-хроносфера в дозе 30 мг/кг сут). Приступы регрессировали в течение одной недели.

Из возрастной группы с 7 до 14 лет двое (1 девочка в возрасте 11 лет и мальчик в возрасте 9 лет) были направлены на обследование к кардиохирургу. У девочки при проведении ЭЭГ мониторинга был зафиксирован приступ сердцебиения, сопровождающийся страхом, «неприятными ощущениями в носу». На ЭЭГ ему соответствовал паттерн эпилептического приступа. Ребенок получает левитирацетам с положительным эффектом, отмечено уменьшение приступов. Четверо детей из этой возрастной группы после консультации кардиолога были направлены в неврологическое отделение на обследование. При проведении ЭЭГ мониторингирования у всех на ЭЭГ имелись интериктальные острые волны и региональное замедление в височных отведениях, у троих были выявлены объемные образования височных долей. У двоих – опухоли левой височной доли (ганглиogliома и ПНЭО), у одной – глиозно-кистозные изменения. У ребенка с ганглиogliомой при проведении ЭЭГ видеомониторинга был зафиксирован приступ во время сна, на ЭЭГ ему соответствовали высокоамплитудные острые волны в левых височных отведениях. Эти дети были прооперированы, получают трилептал с положительным эффектом.

В старшей возрастной группе у двоих детей была подтверждена эпилепсия, у четверых – панические атаки. Таким образом, в группе с эпилепсией преобладали пациенты в возрасте до 15 лет.

При проведении длительного (от 4 до 24 часов) ЭЭГ мониторингирования у всех пациентов с эпилепсией были отмечены фокальные интериктальные изменения на ЭЭГ в виде регионального замедления и острых волн. У четверых при проведении ЭЭГ были зафиксированы приступы на видео, имеющие паттерн приступа на электроэнцефалограмме.

У всех этих пациентов, в том числе с опухолями, был получен хороший ответ на противосудорожную терапию. По нашему мнению, с целью уточнения диагноза необходимо проведение видео ЭЭГ мониторинга с установкой кардиологического датчика.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ ВИЧ-ХОБЛ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

*Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

При ознакомлении с современной литературой по медицине выяснилось, что до настоящего времени отсутствуют эпидемиологические исследования, посвященные специальному изучению бронхолегочных симптомов и синдромов хронической обструктивной болезни легких среды ВИЧ - инфицированного населения (ВИЧ-ХОБЛ).

В условиях Узбекистана в данной проблеме существует серьезных, нереализованных пробелов.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей течения (на примере выявляемости легочных симптомов и синдромов) ХОБЛ в популяции ВИЧ - инфицированных для разработки и реализации программ, направленных на снижение континуума от ВИЧ-ХОБЛ.

Материалы и методы. Клинико - эпидемиологическому анализу подверглись 198 больных ВИЧ-ХОБЛ. Применялись клинические, биохимические, иммунологические и инструментальные методы. Применялась классификация ХОБЛ, представленная в GOLD (2016).

Результаты и выводы. Отмечается высокая встречаемость легочных симптомов и синдромов (у 58,5% мужчин и 41,4% женщин, $P < 0,05$). Индекс курящего 10 пачка - лет отмечена у 2,0% больных женщин и 68,2% мужчин с ВИЧ-ХОБЛ ($P < 0,001$), эмфизематозная форма ХОБЛ - у 2,5% и 5,6% ($P < 0,01$), бронхитическая форма ХОБЛ - у 39,8% и 52,0% ($P < 0,05$) соответственно.

Как у женщин, так у мужчин ВИЧ - инфицированных ХОБЛ проявилась частыми эпизодами следующих симптомов и синдромов: хронический кашель - 31,3% и 47,5% ($P < 0,05$), хроническая продукция мокроты - 43,4% и 50,5% ($P > 0,05$), одышка - 32,3% и 38,9% ($P > 0,05$), выраженный цианоз - 41,4% и 58,5% ($P < 0,05$), дыхательная недостаточность - 15,2% и 19,6% ($P > 0,05$), легочное сердце - 41,4% и 58,5% ($P < 0,05$), сочетание ХОБЛ с бронхиальной астмой - 0,5% и 1,5%, снижение ОФВ1/ЖЕЛ - 39,4% и 48,1% ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции отмечается значительное изменение течения и высокая встречаемость бронхолегочных симптомов и синдромов со специфическими особенностями. Эти данные указывают на необходимость постоянного и эпидемиолого - клинического мониторинга отмеченных клинических симптомов и синдромов у больных ВИЧ-ХОБЛ с проведением вторичных/третичных профилактических мероприятий.

РОЛЬ ЭТНИЧЕСКИХ И ГЕНДЕРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ В РАЗВИТИИ НАПРАВЛЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ СРЕДЫ ВИЧ - ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

На примере превентивных исследований последних лет можно заметить, что в популяции XXI века имеет место высокая распространенность факторов риска развития распространенных и социально значимых заболеваний. Это требует проведение профилактических мероприятий, устранения факторов риска, обследования и лечения в группах высокого риска. Решение этих вопросов в отношении ХОБЛ на фоне ВИЧ -инфекции практически в доступной литературе не отражены.

Цель исследования. Изучение особенностей распространенности этнических и гендерных факторов риска хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) среди ВИЧ - позитивного населения.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования выбраны 507 популяций ВИЧ - инфицированных/СПИД. Осуществлен проспективный 2-х летний мониторинг за ХОБЛ и факторами риска их развития. При выявлении факторов риска применялись методы и критерии ВОЗ (2003).

Результаты и выводы. У женщин и мужчин отмечаются существенные различия высокие показатели распространенности (кроме низких уровней курение, употребление наркотических веществ (ПНВ), избыточное потребление алкоголя (ИПА), избыточной массы тела (ИМТ) и артериальной гипертензии (АГ) у женщин) факторов риска.

Так, установлены следующие уровни распространенности факторов риска в обследованной популяции ВИЧ - инфицированных женщин и мужчин 22-69 летнего возраста - соответственно: курение - 3,4% и 59,8% ($P < 0,001$), ПНВ - 2,3% и 56,6% ($P < 0,001$), ОФА - 85,6% и 91,8% ($P > 0,05$), нарушение ритма питания (НРП) - 61,5% и 82,7% ($P < 0,05$), ИМТ - 3,4% и 4,9% ($P > 0,05$) и АГ - 15,2% и 24,6% ($P < 0,05$).

Как видно из представленных данных, все факторы риска ХОБЛ с большей частотой встречались у мужчин, чем у женщин. Так, курение встречалось в 17,6 раза чаще, потребление наркотиков наблюдалось в 24,6 раза больше и отсутствие физической активности отмечалось в 1,1 раза чаще, ИПА больше в 23,2 раза, ИМТ встречалась в 1,4 раза больше, случаев пониженной массы тела отмечено разницей в 1,6 раза, АГ выявлялась с разницей в уровнях 1,6 раза больше у мужчин.

Также было установлено, что с возрастом увеличивается частота выявляемости факторов риска. Практически все факторы риска выявлялись значительной распространенностью в возрасте 20-30 лет.

Полученные данные могут быть использованы в первичной профилактике ХОБЛ среды ВИЧ - позитивного населения и указывают на необходимость обязательного целенаправленного исследования всех лиц с ВИЧ - инфекцией для выявления факторов риска ХОБЛ.

“ГЛАВНЫЕ” ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХОБЛ У ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ (НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ)

*Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

В мире смертность от инфекционной патологии составляет 59% общей смертности, в Европе данный показатель составляет около 75%. В развитых странах 7 основных факторов риска (курение, избыточное потребление алкоголя (ИПА), нерациональное питание (НРП), отсутствие физической активности (ОФА), нарушение липидного обмена, ожирение и артериальная гипертензия (АГ) является причиной 98% преждевременной смерти и 95% заболеваемости (WHO, 2003).

Цель исследования. Изучение и оценка “главных” поведенческих факторов риска хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у популяции ВИЧ - инфицированных.

Материалы и методы. Эпидемиологическое обследование у 507 популяции ВИЧ -инфицированных осуществлялось в три этапа. Первый этапом является первичный скрининг (применялись эпидемиологические методы), на втором этапе проводилось более углубленное обследование (использовались инструментальные и специальные методы) и на третьем этапе все обследованные подвергались специальному изучению по сравнительной оценке степени связи ХОБЛ с изученными факторами риска.

Результаты и выводы. Отмечена сравнительно высокая распространенность “главных” поведенческих факторов риска ХОБЛ в следующих уровнях: курение 30,6%, потребление наркотических веществ – 28,4%, ОФА - 88,5%, НРП (включая недостаточное потребление овощей и фруктов) - 71,8%, ИПА - 31,7%, избыточная масса тела (ИМТ) - 4,1%, пониженная масса тела (ПМТ) - 83,0% и АГ - 19,7%.

Отметим, что распространенность “главных” факторов риска в обследованной группе популяции ВИЧ - инфицированных существенно различались. Существенно реже отмечалась ИМТ, у каждого 5 –го обследованного выявлялась АГ, в уровнях 30,6% и 28,4% встречались курение и потребление наркотических веществ, избыточное потребление алкоголя наблюдалось в 31,7% случаев. Существенно выше были уровни ОФА, НРП и ПМТ.

Следовательно, можно говорить о том, что для популяции ВИЧ - инфицированных характерна высокая встречаемость модифицируемых множественных факторов риска, имеющие в отношении ХОБЛ наиболее неблагоприятные прогнозы на фоне ВИЧ – инфекции/СПИДа.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*

*Кадиров Б.Б., Ахмадалиева У.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

H. pylori – один из самых массовых патогенов человека. В конце XX – начале XXI в.в. его распространенность среди населения достигала 20% в Австралии, 30% – в Северной Америке и Западной Европе, 50% – в Южной Европе, 70% – в остальных странах Евразии, 80–90% – в странах Африки и Южной Америки.

В эпидемиологическом аспекте возникла вездесущая, существующая 100000 лет инфекция, поражающая более 50% населения планеты с тяжелыми медицинскими и социальными последствиями: не менее 50% инфицированных лиц страдают хроническим гастритом, 10–15% – язвенной болезнью, примерно 1% – карциномой или MALT-лимфомой желудка. Значимые перемены во взаимоотношениях между человеком и *H. pylori* начались лишь в конце XX в.

Открытие *H. pylori* как патогена и успешная реализация антибактериальной терапии болезней, ассоциированных с этим возбудителем, в клинической практике отнесены к высшим достижениям медицины второй половины XX в., и авторам открытия присуждена Нобелевская премия 2005 г.

В настоящее время отмечается стабильно высокая инфицированность и высокая заболеваемость болезнями, ассоциированными с *H. pylori* в странах развивающегося мира.

Слизистая оболочка желудка является основной, но не единственной нишей обитания *H. pylori* в организме человека. Внежелудочная локализация *H. pylori*, хотя и более редкая, разнообразна: двенадцатиперстная кишка, подвздошная кишка (дивертикул Меккеля), нижний отдел пищевода, слизистая оболочка языка и зубной налет. В связи с этим выведение бактерии из организма возможно со многими выделениями и секретами: фекалиями, рвотными массами, желудочным соком, материалом «срыгивания», слюной.

Передача *H. pylori* внутри семьи является основным путем заражения в развитых странах. Инфицированная мать – главный фактор риска заражения детей (более 50% изолятов *H. pylori* в семье идентичны «материнскому» штамму); весьма значительна роль старших братьев и сестер. В большинстве стран четко показано влияние образовательного уровня матери – чем он ниже, тем выше инфицированность детей. Значительными факторами риска заражения являются плохие санитарные условия в жилище – отсутствие водопровода, горячей воды и канализации, пренебрежение правилом мыть руки после туалета, отсутствие мыла; скученность, общие постели детей с родителями или с другими детьми, многодетность семей.

Внутрисемейная передача *H. pylori* между взрослыми лицами существует, но не преобладает: от супруга к супругу микроб передается у 22–42% супружеских пар; этот процесс медленный – заражение тем вероятнее, чем больше лет супруги живут вместе.

За пределами семьи факторы риска значительно многочисленнее в развивающихся странах: употребление пищи из уличной торговли, контакт с рогатым скотом, контакт с немытыми овощами и их употребление, купание в неочищаемых водоемах, питье воды из открытых источников и т. д.

Заключение. Улучшение уровня жизни, также общественной и личной гигиены и культура содержания жилищ, питания и потребления спиртных напитков, обслуживания, физических контактов между людьми играют ведущую роль в элиминации инфекции *H. Pylori*.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ХОБЛ СРЕДЫ ВИЧ - ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

*Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

В литературе крайне мало работ, посвящённых комплексному эпидемиологическому анализу хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в популяции ВИЧ - инфицированного населения (ВИЧи - населения). Поэтому, разработка эпидемиологических критериев ранней диагностики ХОБЛ у ВИЧи - популяции с совершенствованием методов профилактики на основе выявленных популяционных закономерностей является проблемой и неизученным вопросом профилактической медицинской науки.

Цель исследования. Комплексный эпидемиологический анализ верифицированной ХОБЛ среды ВИЧ - позитивного населения в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое исследование у 507 ВИЧи - населения в возрасте 20 - 60 лет, средний возраст обследованных – 34,6 года, 244 - женщины (48,1%) и 263 (51,9%) мужчин. Всем обследованным применялись эпидемиологические, клинические, биохимические, инструментальные и, по показаниям, специальные методы.

Результаты и методы. Изучение показателей распространенности ХОБЛ в зависимости от этнических особенностей популяции ВИЧ - инфицированного населения показало, что они были наивысшими (в 1,4 раза) у мужчин, чем у женщин ($P < 0,05$). Наиболее высокие показатели заболеваемости и “запущенные” стадии ХОБЛ у обследованных наблюдается во всех возрастных группах. Однако, сравнительно высокие показатели распространенности тяжёлых стадий ХОБЛ, все - таки приходится на возрастные группы 30-39, 40-49 и 50-59 лет.

Мы убедились, что для ВИЧи - населения характерна повышенная склонность к формированию тяжёлых форм ХОБЛ. Наличие ВИЧ/СПИДа увеличивает риск развития ХОБЛ и её осложнений. Мы также обоснованно пришли к общему заключению о том, что эпидемиологический мониторинг/скрининговые исследования может не только применяться для изучения эпидемиологической ситуации в отношении ХОБЛ, но и служит достаточно простым и экономически выгодным/дешевым средством для выявления групп повышенного риска на фоне ВИЧ - инфекции в отношении наличия ХОБЛ при проведении профилактических обследований населения. Учитывая большой вклад ХОБЛ в причины «конечных точек», применение эпидемиологического подхода наряду с другими методами поможет более раннему их выявлению у ВИЧи - населения.

ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Кадырбаева Ф.Р.
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Актуальность. Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества. Актуальность ожирения определяется в первую очередь его высокой распространенностью. Ожирением страдают 7% населения земного шара. Наиболее неблагоприятным является абдоминальный тип ожирения, сочетающийся, как правило, с комплексом гормональных и метаболических факторов риска. Абдоминальное ожирение является самостоятельным фактором риска развития СД 2 типа, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии. В этих случаях больные должны получить рекомендации по питанию, проведения лечения, направленные на снижение массы тела.

Цель. Изучить эффективность лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 125 пациентов (женщины – 71,2 %, мужчины – 28,8 % в возрасте 25–55 лет) с абдоминальным ожирением при метаболическом синдроме. Центральным типом ожирения, являющийся ведущим клиническим признаком МС (объем талии (ОТ) >94 см), выявили у 28,8 % мужчин и 71,2 % женщин (ОТ >80 см). Избыточную массу тела диагностировали у 37,6 %, ожирение 1-й степени – у 30,4 %, 2-й степени – у 20 % и 3-й степени – у 12 %. После диагностики у пациентов абдоминального ожирения и основных компонентов метаболического синдрома были рекомендованы диетотерапия и метформин в дозе 850 мг утром и вечером. Диетотерапия была пониженной калорийности – 1200 ккал. для женщин и 1500 ккал. для мужчин, с включением углеводсодержащих продуктов с низким гликемическим индексом (ГИ) – менее 40. При снижении исходной массы тела на 5 % и более от исходного уровня и стабилизации веса в течение двух месяцев калорийность питания поднимали до расчетной величины, рекомендованной ВОЗ. В рацион питания вводили углеводсодержащие продукты со средним ГИ (40–69) до снижения веса до заданного уровня.

Результаты. Установлено, что после проведенного лечения у всех пациентов наблюдались снижение объема талии на 5–12 см, индекса массы тела – на 3,2–4,76 кг/м². При этом было отмечено снижение уровня триглицеридов на 0,5–2,3 ммоль/л, снижение ХС ЛПНП на 1,1–2,9 ммоль/л и повышение уровня ХС ЛПВП на 0,3–0,8 ммоль/л. У больных с артериальной гипертензией было зарегистрировано снижение систолического артериального давления на 25–30 мм рт. ст., диастолического артериального давления – на 20–25 мм рт. ст.

Выводы. Таким образом, диетотерапия с ограничением жиров, включением в рацион углеводов с низким гликемическим индексом и назначением метформина является эффективным методом лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме, с помощью которого можно добиться стойкого и длительного снижения абдоминального ожирения и метаболических нарушений.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Мусаева Р.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина

Актуальность проблемы: В последнее десятилетие хроническая сердечная недостаточность (ХСН) стала одной из самых существенных проблем здравоохранения. Широкая распространенность и неблагоприятный прогноз определяют актуальность исследований, посвященных разработке новых подходов к реабилитации и лечению больных с сердечной недостаточностью. Поэтапное развитие кардиологии, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, раннее выявление факторов риска и повышение эффективности лечения, в том числе ранняя диагностика ХСН с применением высокотехнологичных методов, прогнозирование течения заболевания, разработка лечебных мер и в результате этого снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшение качества жизни прогноза больных имеет приоритетное значение. В настоящее время в мире проводится целый ряд приоритетных исследований по совершенствованию диагностики и лечения ХСН, в том числе определению прогностической значимости эндоваскулярных методов в диагностике заболевания, разработка подходов к лечению с применением различных видов стентов, прогнозирование течения заболевания и осложнений после интервенционных вмешательств, улучшение клинического течения и качества жизни больных, путем повышения эффективности ближайших и отдаленных результатов, снижение осложнений определением факторов, участвующих в патогенетических механизмах развития тромбоза и рестеноза, улучшение прогноза.

Цель исследования. Изучить особенности ангиографических показателей у больных с III функциональным классом (ФК) ХСН.

Материал и методы исследования. Обследованы 50 больных с III ФК ХСН в возрасте 52,52±6,21 лет, находившихся на стационарном лечении в областном многоцентровом медицинском центре Бухарской области. Всем пациентам проведены тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), шкала оценки клинического состояния (ШОКС) больных, клинико-физикальные и ангиографические исследования. Мужчины составляли 90% (45 пациентов) и женщины – 10% (5 пациентов). Критериями исключения из исследования явились: больные с ранее проведенной ЧКВ со стентированием или аортокоронарным шунтированием (АКШ) в анамнезе; с тяжелой сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (аневризма аорты; клапанная патология, требующая хирургической коррекции; выраженная систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) (ФВлж<35%); тяжелая почечная недостаточность); пациенты не толерантные к приему антикоагулянтов/дезагрегантов; лица с наличием бифуркационных поражений. Для оценки рентгеноморфологических характеристик пациентов проводилась селективная коронароангиография (КАГ) венечных сосудов с учетом ангиографических параметров: процент стеноза, количество стенозированных поражений, классификация стенозированных поражений по типам А-В-С, локализация поражений (проксимальная, средняя, дистальная) и диаметр артерии. Изучались следующие бассейны коронарных артерий: передняя нисходящая артерия (ПНА), огибающая артерия (ОА), ветвь тупого края (ВТК), промежуточная артерия (ПрА), правая коронарная артерия (ПКА), задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖВ) и левая желудочковая ветвь (ЛЖВ).

Результаты исследования. Анализ ангиографических показателей показал, что у больных с III ФК ХСН превалировал правовенечный тип кровоснабжения у 64% (p=0,053; $\chi^2=2,138$). Второе место по частоте встречаемости атеросклеротических поражений принадлежало бассейну ПКА – 32% больных. Степень стенозированных сужений в бассейне ПКА составил 55-60% у 6% больных, 60-67% у 4% больных, 70-85% - у 14% и 85-95% у 24% больных. Результаты показывают, что у больных III ФК ХСН наиболее часто встречалось поражение коронарных артерий до 85-95%, при этом у 10% больных наблюдалось тотальная окклюзия коронарных артерий. У 3(6%) больных коронарные артерии были без изменений. Сужение ЛКА до 50-60% выявилось у 12% пациентов, до 85-95% у 16% пациентов. У 4(8%) пациентов не было изменений в коронарных артериях. У 16 (32%) пациентов встречались 2-сосудистые поражения. При анализе взаимосвязи степени поражения коронарных сосудов и клинического течения ХСН выявлено, что при поражении коронарных артерий 55-60% ТШХ составил 234,7±28,2 метров, при поражениях 85-95% - 197,7±24,8 метров. При изучении показателей ШОКС также установлено, что при поражениях коронарной артерии 85-95% данный показатель составил 13,19±0,68 баллов, что было в 1,7 раз выше по сравнению с показателем ШОКС при поражениях коронарных артерий 55-60%.

Выводы: Таким образом, у больных ХСН степень поражения коронарных артерий имеет взаимосвязь с тяжестью течения заболевания, оцениваемое по показателям ТШХ и ШОКС.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мизамов Ф.О., Мустафаев А.Л.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Острый панкреатит относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта и по частоте возникновения занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом, особенно деструктивных форм (А.М. Хаджибаев, с соавт., 2015; Х.К. Карабаев, с соавт., 2017).

Цель. Изучение эффективности антибактериальной терапии при панкреонекрозе.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2009 по 2018 гг. в отделении абдоминальной хирургии находилось 176 больных с панкреонекрозом, преимущественно мужчины (129). Диагноз панкреонекроза ставился на основании клинических, лабораторных и инструментальных (УЗИ, КТ) данных. У 74 больных интраоперационно взят материал для бактериологического исследования.

Результаты. При поступлении больного в стационар лечение начинали с комплекса консервативных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений гемостаза, дезинтоксикацию, ингибирование ферментов протеаз.

Во время операций по поводу острых деструктивных панкреатитов обнаружены жировой панкреонекроз – у 104 (68,5%) больных, геморрагический панкреонекроз – у 72 (31,5%) больных. Из них в 108 случаях был локальный (очаговый) процесс, в 63 – субтотальный процесс, в 5 – тотальный процесс.

Больным были произведены следующие операции: холецистостомия и дренирование сальниковой сумки, – у 51 (28,9%) больных, холедохотомия с дренированием сальниковой сумки (у этих больных ранее была произведена холецистэктомия) – у 26 (14,8%) больных, дренирование сальниковой сумки – у 36 (20,5%) больных, секвестрэктомия и дренирование сальниковой сумки – у 63 (35,8%) больных. При субтотальном и тотальном поражении поджелудочной железы без развития флегмоны забрюшинной клетчатки операция дополняется абдоминализацией железы с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости (у 15 больных). Программированная релапаротомия произведена 23 (13,1%) больным.

Диагноз панкреонекроза являлся абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактериоцидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех экологически значимых возбудителей.

Препаратами выбора, как для профилактического, так и для лечебного применения являются: карбапенемы; цефалоспорины III-IV поколений + метронидазол; фторхинолоны + метронидазол; защищенные уреидопенициллины и карбоксипенициллины (пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат).

Данные литературы и собственные клинические наблюдения позволяют считать панкреонекроз фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных.

Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе – до полного регресса симптомов системной воспалительной реакции. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе (стерильный, инфицированный) и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств, для эффективной антибактериальной терапии следует предусматривать возможность смены нескольких режимов.

Выводы. Благодаря применению активной антибактериальной терапии летальность среди оперированных с панкреонекрозом снизилась до 6,25% (11 больных).

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л., Джурсева З.А., Кенжемуратова К.С.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Сложность современных представлений о причинах развития и патогенетических механизмах острого панкреатита подчеркивает факт существования более чем 140 причин развития острого деструктивного панкреатита. Наличие алкогольного панкреатита доказано на основании экспериментального создания модели алкогольного панкреатита путем приема алкоголя на фоне специальной диеты у белых крыс, а также на основании резкого снижения числа больных острым панкреатитом в период действия «сухого закона» в 1986-1988 годы. После отмены действия «сухого закона» заболеваемость острым панкреатитом возросла в 6-10 раз (В.С. Савельев с соавт., 2000; Ш.И. Каримов с соавт., 2015).

Цель. Изучение течения острого панкреатита у больных с отравлением алкоголем.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в СФ РНЦЭМП находились 315 больных с отравлением алкоголем в возрасте от 16 до 75 лет. Мужчин было 280 (88,8%), женщин – 35 (11,2%). Всем больным проводились клинико-лабораторные обследования, УЗИ органов брюшной полости, КТ – у 30 больных.

Результаты. Клинические проявления отравления этиловым спиртом включают характерный запах изо рта, покрытие холодным потом кожных покровов (у 145 человек). Лицо гиперемировано (у 37), иногда возможна бледность (у 19 больных).

В развитии комы выделяют поверхностную (угнетение сознания, снижение рефлексов, миоз, плавательные движения глазных яблок, мышечный гипертонус наблюдали у 160 человек) (50,8%) и глубокую (утрата болевой чувствительности, гипотония, метаболический ацидоз, гиперкоагуляция) стадии – у 64 больных (20,3%).

У 82 больных определяли содержание этанола в крови. Уровень этанола в крови 1,5-2,5 г/л – опьянение средней степени определялся у 8 человек, сильное опьянение (2,5-3,5 г/л) – у 40, тяжелое отравление (3,0-5,0 г/л) – у 29, смертельное опьянение (5,0 г/л и выше) – у 5 больных.

Интенсивная терапия острого отравления алкоголем включает восстановление проходимости верхних дыхательных путей (установка воздуховода, интубация трахеи), промывание желудка 10-15 л воды, коррекцию водно-электролитного баланса (внутривенное введение 10-20% раствора глюкозы, раствора Рингера) и коррекцию нарушений кислотно-основного состояния (500 мл 4% раствора бикарбоната натрия), витаминотерапию (внутривенное введение В₁ В₆ по 3-5 мл, 5% раствора аскорбиновой кислоты (10-15 мл), введение 3-5 мл 1% раствора никотиновой кислоты).

Среди 34 больных (из 315) с тяжелым и смертельным отравлением, мы наблюдали на фоне отравления алкоголем у 11 больных. Из них у 5 смертельным отравлением симптомы острого панкреонекроза и перитонита. Больные получили комплексную патогенетическую терапию. Погибли 7 человек. На аутопсии установлен тотальный панкреонекроз и разлитой перитонит.

Выводы. При алкогольном отравлении в комплекс лечебных процедур необходимо включить в программу лечения патогенетически обоснованные методы консервативного лечения острого панкреатита.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕМАНГИОМ ОБЛАСТИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ

*Каримкулов Н.А., Садыков Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Гемангиомы - это сосудистые новообразования, которые по строению, протекающим обменным процессам и гистохимическим свойствам являются доброкачественными, хотя в начале своего развития обладают быстрым ростом. В детском возрасте сосудистые новообразования относятся к наиболее часто встречающимся опухолевым процессам. Гемангиомы выявляются у 1,1-2,6% всех новорожденных детей. К одному году этот показатель увеличивается до 10,1%. Соотношение мальчиков и девочек, страдающих гемангиомами, составляет 1:3. Сосудистые опухоли встречаются в 45,7% среди всех опухолей кожи и мягких тканей у детей.

Не имея капсулы, гемангиомы агрессивно прорастают в окружающие ткани, ведут к их разрушению, причиняя как функциональный, так и косметический дефект в критических зонах человеческого тела (ухо, угол глаза, губа, промежность и т.д.). Некоторые виды гемангиом подвергаются спонтанному обратному развитию после периода быстрого роста, но до сих пор невозможно предсказать с определенной уверенностью, какие это виды поражения.

Гемангиомы челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются распространенными доброкачественными новообразованиями, которые составляют 78,8% среди прочих опухолей мягких тканей. Распространенность их у детей колеблется от 27,6 до 85,6%. 87,3-92,7% гемангиом носят врожденный характер.

Гемангиома представляет собой доброкачественную опухоль, возникающую в результате пролиферации клеток сосудистой стенки. Такое новообразование само по себе не опасно, не метастазирует, но может доставлять неудобства и кровотечения. Чаще всего она появляется у детей, исчезая с возрастом, но бывают и случаи, когда образование выявляют и у взрослых.

Цель исследования. Изучение частоты распространенности, результаты обследования и лечения детей с гемангиомами ЧЛО по материалам детской стоматологии г.Андижан.

Материалы и методы исследования. За изученный период из 386 госпитализированных с опухолями ЧЛО гемангиомы имели место у 47%. У 87,3% пациентов гемангиомы были врожденными, лишь у 12,7% детей опухоль появилась через какое-то время после рождения. Дети первого года жизни составляли 27,3%, в возрасте от 1-го года до 3-х лет – 33,3%, от 3-7 лет – 26,8, 7-14 лет – 12,5%. Независимо от возраста опухоль почти в два раза чаще встречалась у девочек.

Результаты исследования. Результаты наших исследований показали, что наиболее частой локализацией являются губы (24,6%), щеки (9,83%) и язык (10,4%) (рис. 1а, б). Как показывают наши исследования, за изученный период хирургическое лечение проведено у 40% больных, склерозирование выполнено у 30,1%, диатермокоагуляция – у 12,6%, криодеструкция – у 2,16%, комбинированное (сочетание склерозирования опухоли с хирургическим иссечением) – у 16,9%.

Анализ полученных нами результатов показывает, что на сегодняшний день наиболее часто применяется иссечение опухоли, к которому специалисты прибегли у 74 (40,4%) больных. При этом у 36 пациентов осуществлено частичное иссечение опухоли вследствие невозможности одномоментного закрытия послеоперационного дефекта местными тканями (обширные гемангиомы), либо чрезмерным нарушением формы органа или анатомического образования (языка, губы, носа, ушной раковины).

У 40 больных иссечение проводилось в различные сроки после неоднократного склерозирования. Выбор метода лечения гемангиом зависел от формы, локализации, состояния организма больного, технической оснащенности отделения. У 55 (30,1%) больных проводилось склерозирование опухоли, причем у 38 (20,7%) – неоднократно.

Показанием к склерозированию опухоли являлась большая ее площадь, невозможность одномоментного закрытия образующегося при иссечении опухоли дефекта, наличие выраженных сопутствующих соматических отклонений (анемия, гипотрофия, ОРВИ и др.). Склерозирование проводилось путем введения в опухоль с одной или нескольких точек (в зависимости от размера опухоли) 2% раствора салициловой кислоты в 70° спирте. Количество вводимого раствора зависело от объема опухоли из расчета 1 мл на 1 см³ площадь опухоли. У 31 (16,9%) больного осуществлен комбинированный метод лечения, который заключался в одномоментном иссечении и склерозировании опухоли. Такие манипуляции выполнялись при обширных формах опухоли с глубоким прорастанием в подлежащие ткани.

Выводы. Использование метода одномоментной криосклеротерапии в лечении детей с обширными комбинированными гемангиомами и комбинированными гемангиомами сложной анатомической локализации привело к улучшению косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения.

Предложенная схема обследования детей с обширной гемангиомой позволяет выявить сопутствующую соматическую патологию, исключить или подтвердить наличие другой идентичной опухоли. УЗИ опухоли позволяет определить глубину поражения окружающих тканей, связь гемангиомы с другими анатомическими структурами; по результатам данного исследования происходит выбор наиболее оптимального метода лечения для каждого больного ребенка индивидуально. Исследование гемостаза у детей с обширной гемангиомой позволяет выявить нарушения в системе гемостаза и начать превентивное лечение для предупреждения кровотечения.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ВПЕРВЫЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОБЛАСТОЗА

*Каримов А.Х., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Муминов Р.К.
Кафедра психиатрии и наркологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы исследования. В последние два десятилетия в связи с эффективностью противоопухолевой терапии, значительно увеличилась долговременная выживаемость больных с онкопатологией и, как следствие, повысился интерес к качеству их жизни и психическому состоянию. Несмотря на впечатляющие успехи детской онкологии и рост 5-летней и более выживаемости до 80% частыми остаются отдаленные последствия онкологического заболевания и агрессивного лечения.

Цель исследования. Выявление клинко - динамических и типологических особенностей психических расстройств у детей, страдающих гемобластомами, первично поступающих в онкостационар, установление комплекса факторов, предрасполагающих к развитию психических нарушений у данного контингента, разработка адекватных и эффективных терапевтических подходов.

Материалы и методы исследования. Психическое развитие и психические расстройства у детей 3-12 лет с гемобластомами, впервые поступивших в онкостационар.

У детей 3-12 лет, впервые поступивших в онкостационар с гемобластомами, возникают нарушения психического здоровья, снижающие возможности их социальной адаптации и требующие терапевтического вмешательства.

Результаты исследования. Вместе с тем, согласно результатам сравнительно недавно проведенного масштабного исследования состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза, заболеваемости у них занимают именно психические расстройства (601,5 случая на 1000 излеченных). С точки зрения авторов работы, столь необычная структура заболеваемости, кардинально отличающаяся от таковой в популяции, объясняется отдаленными последствиями противоопухолевой терапии (так называемые «поздние эффекты противоопухолевого лечения»). Однако нельзя игнорировать соучастие и других факторов (наследственных, конституционально-личностных, психогенных и др.) в формировании психопатологических расстройств у страдающих гемобластомами детей.

Вывод. До настоящего времени не уточнен спектр психической патологии у больных онкогематологическими заболеваниями детей и подростков, который, учитывая особенности возраста, может быть иным, чем у взрослых. Отсутствие прицельных исследований в этой области затрудняет как разработку адекватных мер профилактики, так и методов реабилитации данного контингента детей.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ КЕЧГАНДА ҚОНДАГИ ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ

*Каримов И., Вахабов Б.М., Усманов Б.Б., Рахматов Р.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Тадқиқотнинг мақсади: Гипертония касаллиги ва ЮИК қайд этилган беморларда липидлар спектри ва суткалик АБ ўзгаришининг ўзаро боғлиқлигини ўрганиш.

Материал ва методлар: Жами 75 нафар гипертония касаллиги, гипертония касаллиги ва ЮИК турғун зўриқиш стенокардияси ФС II-III билан биргаликда кечаётган, 40 ёшдан-65 ёшгача бўлган эркак беморлар олинган, ўртача ёши $54,9 \pm 0,8$ ни ташкил этган. Контрол гуруҳни 20 нафар нисбатдан соғлом инсонлар ташкил қилган, ўртача ёши $48,4 \pm 4,7$ ёшга тенг. Артериал босим даражаси ва ЮИК борлигига, АБ суткалик вариабеллигига қараб беморлар 3 та гуруҳга бўлинган. I-гуруҳни ГК АБ I-даража, вариабеллиги паст, 20 нафар бемор, ўртача ёши $45,2 \pm 1,0$; II-гуруҳни ГК АБ I-даража+ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардия ФС II, вариабеллиги баланд, 32 нафар бемор, ўртача ёши $54,0 \pm 0,7$; III-гуруҳни ГК АБ 2-3 даража + ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардия ФС II-III, вариабеллиги баланд 23 бемор, ўртача ёши $57,0 \pm 0,7$ ни ташкил этган. Беморларда артериал босимнинг суткалик мониторинги (АБСМ), липидлар спектри, малон диальдегиднинг қондаги даражасини аниқлаш ўтказилган, ундан ташқари умумқлини текширувлар ўтказилган.

Олинган натижалар: Олинган натижалар шуни кўрсатдики, АБ вариабеллиги баланд бўлган, АГ+ЮИК биргаликда кечаётган гуруҳларда липидлар спектри, малон диальдегиднинг қондаги миқдори сезиларли даражада ўзгарганлиги аниқланган ($p < 0,001$), бундан ташқари статинларнинг липидлар алмашувига таъсирини ўрганганимизда, ушбу гуруҳларда бошқа вариабеллиги паст бўлган гуруҳларга нисбатдан липидлар спектри, малон диальдегид миқдори етарли даражада ўзгармаганлиги аниқланган.

Хулоса. Суткалик артериал босимнинг юқори вариабелликда ўзгариши бор III-IV гуруҳларда липид спектрининг сезиларли даражада салбий томонга ўзгаришлари кузатилды. Суткалик артериал босимнинг юқори вариабелликка эга

бўлган гипертония касаллиги ва ЮИК бор гуруҳда липидларнинг пероксидланиш жараёнлари ортиши кузатилди, бу кўрсаткич 81,5% га контрол гуруҳга нисбатдан ортганлиги аниқланди. Барча гуруҳларда АБ суткали профили ва липидлар спектрининг ўзгариши, перекисли оксидланиш жараёнлари ўртасида ўзаро алоқадорлик аниқланган. Суткали артериал босим юқори вариабелликка эга бўлган гипертония касаллиги ва ЮИК бор гуруҳда статинлар меърий 20 мг/ суткага дозасидан қўлланилганда, липидлар спектри ва липидларнинг пероксидланиш жараёнларига етарли даражада таъсир қилмаганлиги аниқланди. Суткали артериал босимнинг паст вариабелликка эга бўлган гуруҳда статинлар – меърий 20 мг/суткага дозасидан қўлланилганда, липидлар спектри ва липидларнинг пероксидланиш жараёнларига етарли даражада таъсир қилганлиги аниқланди. Беморларда ўтказилаётган комплекс текширувлар: АБ суткали профили, липидлар спектри, чап қоринчанинг структур-функционал характеристикаси касалликнинг глобал хавф даражасини пасайтириш мақсадида олиб боралиётган даволаш чора-тадбирларининг самарадорлигини баҳолаш учун тавсия бўлиши мумкин. ЮИКнинг стабил шакллари билан кечадиган артериал гипертензия ва алоҳида гипертония касаллигида даволаш чора-тадбирлари АБнинг суткали профили ўзгачалигини инобатга олиб танланиши керак.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛАСТОГРАФИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Каримов М.М., Улмасова Ш.Р., Собирова Г.Н.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Цель: Оценка эффективности метода транзитной эластографии (фиброскана) печени для оценки степени выраженности фиброза и степени стеатоза печени у военнослужащих с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы: Обследовано 122 военнослужащих с НАЖБП, из них: 76 с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), 46 - с жировым гепатозом (ЖГ). Средний возраст составлял 34,4±8,6, из них 4 женщины и 118 мужчин. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц без повреждения печени. Диагноз НАЖБП устанавливали после исключения вирусного, алкогольного гепатитов и других поражений печени. Определение степени выраженности фиброза и стеатоза печени методом эластографии проводили на аппарате «Фиброскан» (компания «ECHOSENS», Франция). Среднее значение не менее 10 успешных измерений характеризовало эластический модуль печени килопаскалях (кПа). Оценка степени выраженности фиброза печени была проведена с помощью шкалы «METAVIR».

Результаты исследования. По результатам фиброскана печени распределение в группе обследованных лиц с НАЖБП по стадиям фиброза составило: F₀ (2,2-5,8кПа) - 55%, F₁ (5,9-7,2 кПа) - 28%, F₂ (7,3-9,5 кПа) - 17%. По степеням стеатоза S₀ (180-227 дБ/м), S₁ (228-268дБ/м), S₂ (269-301дБ/м), S₃ (302-346дБ/м). При изучении степени фиброза и стеатоза печени в группе пациентов с ЖГ выявлено повышение выраженности фиброза на 40% и стеатоза 64% по сравнению с таковыми в контрольной группе и повышение на 70% в группе с НАСГ. У пациентов с НАСГ степень выраженности фиброза печени была выше на 21% по сравнению с группой пациентов с ЖГ. Проведение повторной эластографии через 3 месяца после проведенной терапии показало достоверное снижение степени выраженности фиброза в обеих группах с НАЖБП. Так, в группе с НАСГ отмечалось снижение степени фиброза в среднем на 30% и степени стеатоза на 46%, в то время как в группе с ЖГ снижение степени фиброза составило 42% и стеатоза 52%.

Выводы: у военнослужащих с НАСГ у 43,5% выявилась F₁ и F₂ степени фиброза. У 33% лиц с ЖГ обнаружился фиброз печени F₁ степени. Показано, что у лиц с НАСГ выраженность фиброза печени на 21% выше по сравнению с группой пациентов с ЖГ. Проведение базисной терапии больным НАЖБП позволило снизить степень выраженности фиброза и стеатоза в группе с НАСГ на 30%, в группе с ЖГ на 42%.

ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З., Нишанов Д.А., Каримова Д.К.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Согласно Маастрихтскому консенсусу V и Киотским протоколам и рекомендациям ВОЗ инфекция *Helicobacter pylori* (НР) является канцерогеном первого уровня для некардиального рака желудка при НР - ассоциированных хронических гастритах (ХГ). Своевременная эрадикационная терапия (ЭТ) с целью первичной канцеропревенции способствует регрессии каскада атрофических, мета- и диспластических процессов в слизистой оболочке желудка.

Целью исследования: морфологическая оценка состояния слизистой оболочки желудка (СОЖ) у больных с НР-ассоциированными ХГ до и через 1 год после проведения ЭТ.

Материалы и методы: было обследовано 40 больных с верифицированным НР -ассоциированными ХГ. Диагностику НР проводили методом прямого быстрого уреазного теста и непрямым дыхательным C¹⁴ уреазным тестом. Оценку морфологического состояния СОЖ определяли интегральными показателями по системе OLGA.

Результаты: Морфологические исследования по системе OLGA у больных с ХГ показали, что у 16 (40%) больных с ХГ в СОЖ не были отмечены морфологические изменения. У 10 (25%) больных была отмечена легкая атрофия СОЖ I степени. У 9 больных была отмечена средняя атрофия СОЖ II степени. У 5 больных выявилась тяжелая атрофия СОЖ III степени с наличием очагов метаплазии. Всем больным была проведена ЭТ с использованием ингибиторов протонной помпы, амоксицилина, кларитромицина и висмута трикалия дегидрата в течение 10 дней. Успешная эрадикация НР была достигнута у 36 (90%) больных. Отсутствие эрадикации отмечалось у 4 больных, из которых у 2 пациентов было атрофия СОЖ III степени. Проведенные повторные морфологические исследования по системе OLGA через один год

показали следующие результаты: неатрофический гастрит у 21 (52, 5%) больных, атрофический гастрит I степени у 9 (22, 5%) больных, атрофический гастрит II степени у 5 (12, 5%) больных и атрофический гастрит III степени у 5 (12, 5%) больных. Следовательно, ранее проведение ЭТ способствует обратному развитию атрофических процессов в СОЖ у больных с НР-ассоциированными ХГ и восстановлению нормальной картины СОЖ. Однако, у больных с тяжелой степенью атрофии СОЖ желудка с наличием очагов метаплазии эффективность ЭТ составляет всего 50% и в течение одного года обратного восстановления картины СОЖ не наблюдается.

Выводы: Ранее выявление и лечение больных с НР- ассоциированными ХГ при первичной канцерпервенции с большей степенью вероятности позволяет предотвратить формирование некардиальной аденокарциномы желудка. Больным с тяжелой степенью атрофии СОЖ III степени с метаплазией СОЖ должен проводиться мониторинг НР инфекции с проведением ЭТ второй линии и диспансерный учет с эзофагогастродуоденоскопией и морфологическим контролем состояния СОЖ ежегодно.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

*Касымов С.А., Рахматуллаева Н.И., Гафуров М.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Судорожный синдром определяется как патологическое состояние, проявляющееся непроизвольными сокращениями поперечно - полосатой мускулатуры. В основе патогенеза судорожных состояний лежат инфекционные, токсические или водно-электролитные нарушения, преимущественно в головном мозге. Бесспорным фактором патогенеза также являются ишемия или гипоксия головного мозга.

Условно судорожные синдромы делятся на две группы: первая - истинные (эпилептические), к которым относятся эпилепсия, эпилептический статус, и вторая - неспецифические, вторичные или симптоматические (неэпилептические). К этой группе синдромов можно отнести фебрильные судороги, тетанию, спазмофилию, эклампсию. Терапия судорожных синдромов проводится от типа судорожных состояний и в комплексе, который включает антиконвульсантную, седативную, антиоксидантную терапию. При судорожных состояниях неэпилептического генеза не рекомендуют назначение антиконвульсантов, но применение антиоксидантной терапии является ее неперменным условием.

Одним из современных антиоксидантных препаратов является Нейрокс, обладающим антигипоксическим, стрессопротекторным, ноотропным, противосудорожным и анксиолитическим действием. Механизм действия обусловлен антиоксидантными и мембранопротекторными свойствами. Подавляет перекисное окисление липидов, повышает активность супероксидоксидазы, повышает соотношение липид-белок, улучшает структуру и функцию мембраны клеток.

Целью исследования явилось изучение препарата Нейрокс в лечении судорожных состояний.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных с различными формами эпилептических припадков, подтвержденными ЭЭГ (21 больных из них 6 детей), а также больные, у которых не диагностирована форма эпилептического припадка (9 больных). Из них у 3 больных отмечались не купируемые припадки. Всем больным в комплексной терапии был назначен препарат Нейрокс в следующей дозировке: 5.0мл внутривенно и 2.0 внутримышечно в зависимости от возраста. Курс составлял 10-15 инъекций.

Результаты исследований показали, что на фоне терапии препаратом Нейрокс, отмечалось урежение припадков с последующим купированием приступов. Клинический эффект подтверждался позитивной ЭЭГ. Необходим комплексный подход к лечению с учетом трудности и не всегда эффективности терапии судорожных синдромов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕМАНТИН В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Касымов С.А., Рустамов И.К., Исакова Г.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одним из самых опасных осложнений позвоночно - спинномозговых нарушений является спастический синдром. Под термином «спастичность» понимают стойкое патологическое повышение мышечного тонуса, обусловленное растормаживанием спинальных рефлексов с гипервозбудимостью рефлекса на растяжение в последующем. У пациентов с различной неврологической патологией диапазон клинических проявлений спастичности колеблется в широких пределах – от локальных болезненных мышечных спазмов до распространенных поражений, сопровождающих геми- и парапарезы. Спастичность обычно значительно усугубляет паретические проявления, существенно снижая двигательную активность пациентов. Кроме того локальные мышечные спазмы часто являются источником мучительных болевых ощущений, при этом имеется тенденция к хронизации боли, что приводит к дальнейшему снижению функциональных возможностей больных; при этом существенно страдает качество жизни. Учитывая тот факт, что спастичность является клиническим проявлением самой разнообразной патологии, становится ясной актуальность изучения этой проблемы, а именно патофизиологии методов лечения данного клинического синдрома.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата Мемантин в лечении спастического синдрома при миелопатиях.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 больных с миелопатией вертеброгенной этиологии в возрасте от 26 до 40 лет. Из них 12 больных с цервикальной миелопатией, 18 больных с торакальной миелопатией. Всем больным диагноз был подтвержден анализом анамнестических, клинических данных

неврологического исследования, данными исследования КТ и МРТ, рентгенологических обследований. У всех пациентов в клинике болезни был выявлен неврологический дефицит: цервикальная миелопатия протекала тетрапарезом, преимущественно в ногах, нарушением функции тазовых органов по типу задержки мочи. Торакальная миелопатия клинически характеризовалась спастическим парапарезом нижних конечностей с патологическими стопными знаками и расстройством функции тазовых органов по типу задержки мочи. Больные были разделены на две группы: первой группе больных на фоне комплексной терапии был назначен препарат Мемантин по схеме. Второй группе больных на фоне комплексной терапии были назначены миорелаксанты, в частности, релакса 8мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение месяца. Схема препарата Алчеба 10 мг предусматривала титрование дозы: первая неделя по 1/4 таблетке 1 раз. Вторая неделя 1/4 таблетки 2 раза. Третья неделя – 1/2 таблетки 3 раза в день. Четвёртая неделя 1 таблетка 2 раза в день.

Результаты исследования. Сравнение обеих групп выявило значимые отличия по некоторым показателям от исходного состояния больных. Эффективность препарата оценивалась на 10 день от начала приёма. Группа пациентов, получавшая препарат Мемантин, отмечала эффект уже на 5 день, который заключался в снижении болевого синдрома, увеличение объёма активных движений, восстановления функции тазовых органов. Группа пациентов, получавших препарат Релакса, отмечала положительную динамику на 8-9 день. Больные отмечали уменьшение стягивающих болей в ногах, незначительное увеличение объёма движений, функция тазовых органов не восстановилась.

Выводы. Спастический синдром существенно ограничивает двигательную активность. Наличие спастичности при миелопатиях утяжеляет и ухудшает прогноз заболевания и качество жизни, ограничивает пациента к самообслуживанию. Применение препарата Мемантин существенно уменьшает выраженность спастического синдрома, расширяет двигательные возможности пациентов, что отражается на качестве жизни пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ НОШЕНИЯ МКЛ

Кахарова Д.М, Мамадиева М.С, Кахарова Д.К
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гнойная язва роговицы - тяжелое заболевание глаз, исходом которого является грубое рубцевание роговицы со стойким снижением зрения, а в крайних случаях потеря глаза как органа. Наиболее агрессивно она протекает на фоне ношения мягких контактных линз.

Цель. Анализ результатов лечения гнойной язвы роговицы на фоне ношения мягких контактных линз.

Материал и методы. Под наблюдением находились 11 пациента (11 глаз) с диагнозом: гнойная язва роговицы на фоне МКЛ. Пациенты поступали на фоне антибактериального лечения, в среднем, на 7 сутки от начала заболевания (в 3-х случаях на 20 день). Проводили визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, бактериологическое исследование поверхности роговицы.

Результаты. Стойкой ремиссии удалось добиться у двух пациенток (принимали офтаквикс, тобрадекс, флоксимед). На фоне мощного консервативного лечения у 9 человек заболевание имело непрерывно-рецидивирующее течение с короткими периодами ремиссии. Последующие обострения протекали тяжелее, с множественными осложнениями: перфорация роговицы, вторичная гипертензия, осложненная катаракта; у 2-х больных - с лизисом хрусталика и выпадением оболочек глаза. В связи с неэффективностью консервативного лечения девяти пациентам была посоветована операция кератопластики. У 2-х больных дополнительно проведена экстракция катаракты. В отдаленном периоде 7 пациентов имели острую потерю зрения 0,3-0,4. У 2-х сделана операция энуклеации глаза.

Выводы. Непрерывно-рецидивирующее течение, последующие тяжелые осложнения требуют выработки особой тактики лечения пациентов с гнойной язвой роговицы на фоне ношения мягких контактных линз. Большинству пациентов была посоветована операция кератопластики.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ

Кахарова Д.М, Мамадиева М.С, Кахарова Д.К
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Всеобщая компьютеризация последних лет принесла с собой новые проблемы. Одна из них – компьютерный зрительный синдром (КЗС).

Цель. Целью нашего исследования явилось изучение различных проявлений КЗС у детей подросткового возраста и разработка протокола профилактики и лечения.

Материалы и методы. Под нашим динамическим наблюдением находились 60 пациентов в возрасте 12-14 лет, которые проводят более 4 часов за экранами мониторов. Все пациенты подвергались стандартному офтальмологическому обследованию, включающему в себя визометрию, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию, авторефрактометрию. Также учитывались жалобы пациентов, проводилось исследование запаса аккомодации, исследование стабильности слезной пленки.

Результаты. Проведя анализ данных вышеперечисленных исследований, мы выяснили, что 2/3 детей (39 человек) жаловались на зрительное утомление к вечеру, резь и чувство сухости в глазах, их покраснение. Признаки нестабильности слезной пленки наблюдались у 11 пациентов, у 46 из них имелась близорукость или спазм аккомодации.

Нами был разработан протокол профилактики КЗС:

1. Выявление и адекватная коррекция аномалий рефракции.
2. Соблюдение рационального режима зрительной нагрузки.
3. Стимуляция дезаккомодационных мышц препаратами.
4. Слезозаместительная терапия.
5. Витаминотерапия и антиоксидантная терапия.

Выводы. Таким образом, терапия КЗС, безусловно, должна быть комплексной и включать в себя все вышеперечисленные мероприятия.

КВП ХУДУДИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРНИ БАХОЛАШ ВА СИФАТИНИ ОШИРИШ

*Носиров М.М., Назарова Г.У., Бойқўзиева М.Б., Худойбердиев Ж.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги: Ҳозир артериал гипертонияга даво қилиш учун жаҳонда жуда кўп фармакологик препаратлар ишлаб чиқарилди. Бошқа дори гуруҳлари орасида антигипертензив препаратлар ҳаммадан кўра хилма-хилдир деб, ишонч билан айтиш мумкин. Бу нарса, бир томондан, артериал гипертонияга даво қилиш учун энг маъқул келадиган препаратларни танлаб олишга кенг йўл очиб берса, иккинчи томондан, дориларнинг эмига тушадиган, наф берадиган хилини топиб буюриш учун бирламчи бўғин шифокорларига бир қадар қийинчилик туғдиради. Худди шунинг учун ҳам бу мавзуга алоҳида эътибор бериш лозим.

Мақсад: 6 ой ичида ШВП худудига гипертония касаллигини номедикаментоз даволаш чораларини баҳолаш ва сифатини ошириш.

Сифатни оширувчи вазифалар. 1. Гипертонияга чалинган беморларни эрта аниқлаш ва дорисиз даволаш чораларни яхшилаш. 2. Гипертонияга чалинган беморларни қўриқ ва диспансеризация ишларини яхшилаш. 3. Номедикаментоз даволашнинг қоидаларини тўғри тавсия қилиш ишларини яхшилаш. 4. Аҳоли ўртасида гипертония касаллигининг олдини олишдаги ишларини яхшилаш.

Натижа: 3-оилавий поликлиникасининг кафедрада жойлашган худудига кўрувга келган беморларни сўровномадан ўтказдик - уларга биз гипертония касаллиги ҳақида нимани биласиз ва унга олиб келадиган омилларни биласизми деб иккита савол бердик. Сўровномадан 32 беморни ўтказдик улардан қуйидагича натижаларга эришдик: гипертония касаллиги бўйича тушунчага эга 17-53,1% бемор чиқди, ва бу касаллга олиб келадиган омиллардан 1 омилини – 7 бемор, 2 омилини – 2 бемор, 3 омилини – 1 бемор билди. Гипертония билан «Д» назоратда 7 беморни сўровномадан ўтказдик, уларга битта савол бердик – сизга номедикаментоз тавсия қилиндими, бу саволга 7 бемордан 3 сига – 42,9% номедикаментоз даво тавсия қилинган ва фойдалиги тушунтирилган.

Хулоса. – 1. Шифокорлар ва ҳамширалар ўртасида АБ киритилган усул бўйича ўлчашни билимлари ошди. – 2. Тиббий хизмат сифатини оширишда команда билан ишлаш яхши.

2. Муассасада артериал гипертония билан оғриган беморларни клиник протокол бўйича диагностика ва даволаш ишларини олиб борганда тиббий хизмат сифати ошади.

3. Тиббий хизмат сифатини ошириш усули – шифокорлар, ҳамширалар ва аҳолини тиббий савиясини янада оширди. Тавсиялар: Артериал гипертония билан оғриган беморларни қандай олиб бориш тўғрисида ва уларга қандай маслаҳат бериш ҳақида врачларни ўқитиш. Хавф омилларнинг стратификациясини ўтказиш. Тонометрияни қандай тўғри ўтказиш тўғрисида ҳамширалар ва шифокорлар ўртасида ўқув семинарларини ҳар доим ўтказиш.

Ҳар хил размерида манжеталарни олиш лозим. 18 ёшдан юқори бўлган беморларга, шикоят бўлмаса ҳам АБ ўлчаш керак. – Дорихоналарга артериал гипертонияни даволаш учун замонавий дори воситаларини олиб келишни тафсия қилиш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q

*Китьян С.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) важная медицинская, социальная и экономическая проблема. Заболеваемость, распространенность и смертность от ХСН сохраняются высокими, а прогноз по-прежнему остается неблагоприятным. По данным Американской Ассоциации Сердца (АНА), ХСН была названа основной причиной смерти у 283 000 человек в 2008 г. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Изучение распространенности ХСН в Европейской части России по данным исследования ЭПОХА-ХСН показало большую распространенность ХСН, по сравнению со странами Западной Европы и США [2]. Частота хронической сердечной недостаточности (I-IV ФК) составила 10,8 % у женщин и 6,4 % у мужчин – в среднем 8,9 % . Помимо большой распространенности, ХСН имеет огромную социальную значимость, так как частота госпитализаций по поводу ХСН растет, а ее лечение связано с большими финансовыми затратами. В США ежегодные затраты на лечение ХСН достигают 38 млрд долларов (Heart disease and stroke statistics: 2005 update, 2006). В России затраты на одного больного ХСН в 2001 году составляли 45 рублей в сутки, что соответствует ежегодным затратам на лечение ХСН 118 млрд руб. В последние десятилетия, несмотря на значительные достижения в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний, ежегодная смертность от ХСН по данным Фремингемского исследования и Рочестерского проекта, не имеет тенденции к снижению и достигает 45-50 % в группе больных с тяжелой ХСН. В РФ ежегодно умирает от 880 до 986 тысяч больных ХСН. В лечении больных по-прежнему актуальны такие группы препаратов, как, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (АПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА), диуретики, а также сочетание ингибиторов ангиотензиновых рецепторов и неприлизина (АРНИ)

Цель исследования. Определение эффективных и оптимальных методов лечения у больных с хронической сердечной недостаточностью, вызванной перенесенным инфарктом миокарда без патологического зубца Q, препаратом АРНИ- ЮПЕРИО, включающий АРА валсартан и ингибитор неприлизина сакубитрил.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили больные, с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда без патологического зубца Q с развившейся хронической сердечной недостаточностью, находившиеся на лечении в отделении кардиологии, на протяжении одного месяца. Всего было обследовано 29 больных с различной степенью выраженности хронической сердечной недостаточности, с функциональными классами от I до IV. Ввиду дороговизны препарата «Юперо» возможность проведения лечения им была ограничена и проводилась только у 8 пациентов из 29, оставшиеся 21 человек получали препараты АПФ и, АРА (рамиприл и вальсартан). Всем больным препараты были назначены в стандартных дозировках, Юперо 100мг 2 раза в сутки, рамиприл 5мг 2 раза в сутки и вальсартан 40мг 2 раза в сутки. В дальнейшем больные были опрошены в соответствии с Миннесотским опросником качества жизни.

Результаты. После 1 месяца лечения данными препаратами и исходя из полученных результатов Миннесотского опросника качества жизни, мы выяснили, что больные получавшие терапию препаратами АПФ и АРА достигали улучшения состояния (уменьшение одышки, уменьшение трудности при движении, улучшения сна) в среднем в приблизительно одинаковые сроки 15 ± 5 дней, а при использовании препарата «Юперо» эти же сроки сокращались, в среднем 11 ± 5 .

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать выводы, что препарат «Юперо» является эффективным средством в лечении хронической сердечной недостаточности, вызванной перенесенным инфарктом миокарда без патологического зубца Q.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МЕКСИДОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В СТАЦИОНАРЕ

*Клычева Р.И., Насирдинова Н.А., Абрамян А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Исследовать переносимость препарата «Мексидол» в терапии эпилептической энцефалопатии.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования наблюдалась группа из 45 пациентов с подтвержденным диагнозом эпилепсия. Клиническая форма заболевания определялись исходя из Международной классификации эпилепсии и эпилептического синдрома (1989 г. ILAE). У 32 больных (71,1%) была диагностирована симптоматическая эпилепсия, у 13 больных (28,9%) идиопатическая форма эпилепсии.

Пациентам на фоне базисной противосудорожной терапии (вальпроаты, карбамазепин) проводилось дополнительно лечение антиоксидантами: 50 мг/мл – 5мл мексидола в/в 10 дней, затем по 125 мг таб. 3р в день в течении 6 недель.

Обследование пациентов включало: клинко-неврологическое, нейрофизиологическое- ЭЭГ, психометрические шкалы: батарея лобной дисфункции, шкала краткого исследования психического статуса, госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Результаты и обсуждение. Наибольшая эффективность зафиксирована у пациентов с симптоматической формой эпилепсии. На 5-6 день лечения отмечали уменьшение интенсивности тревоги, улучшения настроения у 25 (78,1%) пациентов согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии. Улучшение показателей по шкале MMSE у 17 (53,1%) пациентов, улучшение высших корковых функций выявлено у 11(34.4%) пациентов.

Из 13 больных с идиопатической эпилепсией положительная динамика объективных показателей в виде улучшения настроения и уменьшения тревоги у 5 (38.4%). Улучшение показателей по шкале MMSE у 6 (46.1%) пациентов, улучшение высших корковых функций выявлено у 4(30.8%) пациентов.

У 23пациентов (51.1%) обеих групп улучшилась способность к концентрации внимания и счету, кратковременная память на текущие события, улучшился сон и показатели ЭЭГ – мониторингирования.

42 пациента (93.3%) хорошо переносили терапию препаратом «Мексидол.» Индивидуальная непереносимость препарата была обнаружена лишь у1(2.2%) пациента, из за чего было прерван курс лечения. Также следует отметить что у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией был выявлен факт стабилизации уровня артериального давления.

Выводы. «Мексидол» в терапии эпилептической энцефалопатии на стационарном этапе является эффективным и безопасным средством, активизирует восстановительные процессы в нервной системе и улучшает качество жизни пациентов. Исследования с помощью нейропсихологических тестов показывают положительную динамику не только в течении заболевания, но и в психологическом состоянии исследованных пациентов.

АЛГОРИТМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.

*Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю.,Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Терапевтический континуум по современным позициям науки определяется как процесс о непрерывной череде эпидемиологических условий многолетиями, характеризующихся в течение долгих лет «асимптомным» течением и манифестацией с течением времени какой-либо «конечной точкой» - срочной госпитализацией в стационар, острыми клиническими ситуациями или угрозой осложненного течения определенных или группы заболеваний с исходом смерти.

Цель. Разработка алгоритмов раннего выявления и совершенных моделей профилактики факторов риска терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции.

Материал и методы. При этом опыт зарубежных научных проектов (SCORE-SystemicCoronaryRiskEvaluation) и ассоциация поведенческих факторов риска с неблагоприятными эпидемиологическими условиями в отношении терапевтического континуума оценивались путем расчета шансов и их 99%-ных доверительных интервалов.

Результаты. Многофакторный анализ данных исследований показали, что поведенческие факторы риска существенно увеличивают относительную вероятность развития терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции. Так, в наибольшей степени относительный риск развития неблагоприятных эпидемиологических условий / или ими обусловленного терапевтического континуума имеют место при наличии злоупотребления алкоголя, нарушениях массы тела и несколько меньше при гиподинамии, вредных пищевых привычках, низком потреблении овощей и фруктов, нерациональном питании и нарушениях липидного обмена, в 2,4 раза меньше сравнительно этими факторами риска, при плохих жилищно-бытовых условиях неблагоприятных семейных и социальных статусах, а также при наличии асоциальных факторов, курении, умеренно интенсивного употребления алкоголя, гипергликемии.

Риск развития терапевтического континуума по сравнению с отмеченными выше факторами у ВИЧ-инфицированной популяции более чем в 5,5 раз меньше при наличии следующих факторов риска: потребление наркотических средств, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, хронических стрессов, потреблении насвая, артериальной гипертензии и злоупотреблении лекарственных средств.

По-видимому, в течение всей жизни ВИЧ-инфицированные пациенты будут подвержены к «атаке» именно отмеченных риск-факторов и необходимо заметить также и то, что своевременно начатая профилактика – может приостановить у них подобную «агрессию». В связи с этим, мы, последнюю точку для нашего исследования решили поставить разработкой алгоритмов раннего выявления и совершенной модели профилактики факторов риска терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения.

АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

В некоторых странах комплексный анализ основной причины развития терапевтического континуума методом распознавания образов, показал, что из 16 факторов риска (ФР) наибольший вклад среди ВИЧ-неинфицированного населения имели следующие: генетические – 34%, социальные – 29%, алкоголизм – 15%, биологические – 10%, профессиональные – 10% и курение – 9%. По данным некоторых исследователей мозговой инсульт имел риск развития в 8 раз выше у лиц проживающих в плохих жилищно-бытовых условиях, нежели у живущих в хороших.

Цель. Разработка более совершенной модели формирования неблагоприятных эпидемиологических условий в отношении терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции. Нами также были изучены и оценены, наряду с поведенческими ФР, такие факторы, как характеристики семейного статуса, жилищно-бытовых условий, социального и образовательного статуса на фоне ВИЧ-инфекции.

Результаты. По изучению вклада поведенческих социальных факторов риска в развитии артериальной гипертензии (АГ) у ВИЧ-инфицированной популяции в 30,7% случаях влияют социально-экономические факторы: плохой жилищно-бытовой статус (ПЖБС) - 28,3%, неблагоприятный семейный статус (НБСС) - 32,7%, неблагоприятный социальный статус (НБЦС) - 20,2%, низкий образовательный статус (НОС) - 20,1%, Хронические стрессы (ХС) - 52,4%.

Наибольшая распространенность АГ имеет место в связи с ХС и НБСС ($P_1 < 0,0001$; $P_2 < 0,01$).

При изучении сравнительной оценки распространенности табакокурения в популяции ВИЧ-инфицированных с различными неблагоприятными социальными статусами отмечено, что при наличии неблагоприятного эпидемиологического статуса частота выявляемости табакокурения увеличивается в среднем в два раза ($P < 0,01$): при наличии ПЖБС, табакокурение наблюдалась с частотой 36,7%, при наличии НОС – 33,9% и при наличии ХС – 55,9%. С наибольшей частотой табакокурение выявляется в связи с хроническими стрессами, неблагоприятным семейным статусом и плохими жилищно-бытовыми условиями.

Следует заметить, что наши данные совершенно отличаются от результатов других исследователей, полученные среди ВИЧ-неинфицированной популяции и характеризуются со значительной выраженностью.

Утверждено, что наличие поведенческих факторов приводит к «агрессивному» скоплению неблагоприятных эпидемиологических условий в отношении терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированной популяции. Они являются приоритетными объектами для планирования и реализации «спасительной профилактики» у ВИЧ-инфицированных, позитивно влияющих на «конечные эпидемиологические точки» у ВИЧ-инфицированного населения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

*Кодирова Г.И., Таиттемирова И.М., Вахабов Б.М., Латипова К.Ю., Усманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель работы: Изучение взаимосвязи нарушений иммунного статуса и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 28 больных в возрасте от 30 до 65 лет страдающих ИБС. Инфаркт миокарда острая стадия. 28 больных были рандомизированы на 2 группы с учетом поставленного диагноза. У 10-ти больных была диагностирована ИБС.QMI; у – 18 больных ИБС.NQMI. Контрольную группу составили 10 относительно здоровых лиц в возрасте 20-45 лет.

Для определения в плазме крови иммуноглобулинов использовали метод радиальной иммунодиффузии в геле в модификации Манчини.

Результаты исследования: Уровни интерлейкина-6 у больных ИБС.QMI показатель составил $115,4 \pm 5,3$ Пкг/мл, а у ИБС.NQMI $92,4 \pm 4,0$ Пкг/мл. В контрольной группе показатель ИЛ-6 составил $26,6 \pm 1,2$ Пкг/мл.

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. В группе больных ИБС.QMI отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В группе ИБС.QMI отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению к показателям контроля ($p < 0,001$). Биологические эффекты интерлейкина-6 участвование в развитии воспалительных и иммунных реакций, а также в регуляции межсистемных взаимодействий. Обеспечивает взаимоотношения между вегетативной и иммунной системой. Исследования показали, увеличение содержания в крови ИЛ-6 у больных ИБС.QMI коррелирован с тяжестью клинических проявлений.

Заключение. Участие медиаторов иммунного воспаления в схеме заболевания расширяет "базу терапевтического вмешательства" и открывает новые перспективы для повышения эффективности лечения. Уже сейчас серьезно обсуждаются пути воздействия на цитокиновое звено. И не исключено, что вскоре антицитокиновые препараты станут таким же обычным средством лечения больных ИМ. В ходе исследования выявлено значительное изменение процессов ПОЛ при ИМ, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕТУЧИХ АМИНОВ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А., Узбекиева Н.Р., Юлдашева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель работы. Изучение летучих метаболитов биогенных аминов в выдыхаемом воздухе (ВВ) и разработка газоаналитического метода диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), а именно инфаркта миокарда. В настоящее время теоретически предсказано возможность образования вторичных аминов в условиях восстановления шифровых оснований (ШО) в живых системах. Адреналин является хорошим восстановителем, поэтому может усилить процесс образования вторичных аминов путем восстановления ШО.

Материалы и методы. Исследуемые (48 чел.) в условиях стационара рандомизированы на 2 группы: первую группу (контрольную) составили 20 клинически здоровых мужчин в возрасте от 30 до 44 лет; вторую группу – 28 мужчин в возрасте (33-63 лет), с диагнозом ИБС Острый инфаркт миокарда зубцом Q (QMI). Диагноз у всех пациентов выставлен на основании данных клинического наблюдения, лабораторного анализа и функциональной диагностики. По разработанной методике, анализ ВВ на газоанализаторе аминов проводился в два этапа: получение пробы ВВ и измерение пробы ВВ. Пробы ВВ были получены с помощью ловушек, используя в качестве абсорбера бидистиллированную воду в объеме 200 мл. Обследование больных QMI проводилось при поступлении, далее на 7-8 сутки пребывания и на 12-14 сутки.

Результаты. Изучая выведение летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ у здоровых (20 чел.) и больных ИБС QMI (28 чел.) в первый день пребывания в клинике мы отметили значительное, статистически достоверное увеличение выделения диэтиламина в ВВ больных. Так, выведение летучего метаболита биогенных аминов (диэтиламина) у клинически здоровых мужчин составило $74 \pm 2 \times 10^{-9}$ г/л. При обследовании больных QMI в первые дни поступления в стационар установлено повышенное содержание летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ и составило $879 \pm 261 \times 10^{-9}$ г/л, что в 11,8 раз ($P < 0,05$) превышает показатель контрольной группы. На 7-8-е сутки содержание аминов в ВВ у больных QMI понизилось до $582 \pm 212 \times 10^{-9}$ г/л, что в 7,8 раз ($P < 0,05$) превысил показатель здоровых. На 12-14 сутки отмечалось значительное снижение содержания аминов в ВВ у больных QMI до $301 \pm 87 \times 10^{-9}$ г/л, что в 4 раза ($P < 0,05$) выше контрольной группы.

Выводы. Анализ ВВ дает интересный ключ к биохимическим основам многих болезней, причины которых пока неизвестны. Полученные нами результаты с учётом данных литературы свидетельствуют о необходимости ведения контроля за состоянием симпатико-адреналовой системы у больных ИБС. Это имеет не только теоретическое, но и важное практическое значение для диагностики, прогнозирования, а также определения тактики рациональной терапии ИМ и профилактики осложнений. А предлагаемый нами новый газоаналитический метод диагностики ИБС является неинвазивным безопасным методом анализа ВВ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Усманова У.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Хронический гепатит В до настоящего времени остаётся достаточно серьёзным заболеванием, способным привести к опасным последствиям как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома. В общем ряду причин смерти в мире хронический гепатит В занимает 9-е место, заметно опережая СПИД. В связи с этим это заболевание должен рассматриваться как важнейшая хроническая вирусная инфекция человека.

Цель исследования. Изучить особенности течения хронического гепатита В у лиц с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 больных с диагнозом хронический гепатит В, госпитализированные в терапевтические отделения клиники. У 24 из них сопутствующим диагнозом является сахарный диабет 2 типа. Всем больным было проведено биохимические исследования крови как аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, тимоловая проба, сахар в крови, определение HBsAg методом иммуноферментного анализа, ультразвуковое исследование печени.

Результаты и их обсуждение. Мы обследовали 24 больных с хроническим гепатитом В в фазе репликации, фоновым заболеванием которых является сахарный диабет II типа. Из них у 8 больных (33,3%) заболевание протекало с

удлинением желтушного периода, у 12 больных (50%) наблюдалось стойкое повышение билирубина и трансаминаз, у 4 больных (16,6%) повышение СОЭ, резкие сдвиги осадочных проб.

Контрольную группу составляли 36 больных с хроническим гепатитом В в фазе репликации без сахарного диабета. У этих больных желтушность встречался 2 раза меньше, повышение трансаминаз и осадочных проб 1,4 раза меньше, чем у больных с сахарным диабетом.

При сочетании вирусного гепатита В наблюдалось отягощение течения сахарного диабета, нарастало гипергликемия и глюкозурия, скрытые формы сахарного диабета переходили в клинические явные формы. У больных чаще наблюдалось зуд кожи, значительное увеличение печени, отмечалась склонность к затяжному течению в зависимости от тяжести и давности течения диабета.

Выводы. У больных с сахарным диабетом вирусный гепатит В протекает со свойственной этой инфекции цикличностью, с удлинением желтушного периода и характеризуется более тяжелым течением с выраженными явлениями интоксикации.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТЕЙ, РОЖДѢННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ И ИХ ГЕНЕТИКА

*Козимѣонова И.Ф., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Р.К.Муминов.
Андиѣанский госуѣарственный медицинский институт*

Введение. В психогенетике значительный интерес представляет природа отклонения в психическом развитии ребенка. Установлено, что каждый десятый ребенок имеет риски аномального заора развития. В этиологии развития каждого отклонения от нормы существенная роль принадлежит генотипа. Инбридинг, или близкородственный брак, способствует переходу рецессивных аллелей в гомозиготное состояние, а потому приводит к повышению частоты появления различных наследственных заболеваний. Так, исследования, которые проводились в Израиле, показали, что в близкородственных браках наблюдался рост частоты умственной отсталости в 2-5 раз по сравнению с популяцией в целом. Частота случаев олигофрении среди близкородственных браков в Израиле составляла 9,3%, а в Англии - 1%.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических заболеваний у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материалы и методы исследования. Из числа больных, состоящих на учете в Андиѣанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет.

Результаты исследования. У среднестатистического человека в геноме есть 5-8 летальных мутаций. Как минимум такое же их количество связано с серьезными генетическими дефектами. Человек от этих мутаций не умирает (и не болеет), потому что у него есть по две копии каждого гена (одна - от отца, другая - от матери), и здоровая копия компенсирует дефектную. При близкородственных браках дефектная копия родительского гена с вероятностью 25% достанется и сыну, и дочери. Если они решат завести ребенка, то с точностью $25\% \times 25\% = 625\%$ она получит по две дефектные копии. В случае если у отца и матери было по 5 мутаций, то вероятность рождения жизнеспособного здорового ребенка у их детей будет составлять около -52%.

Если по 8 мутаций, тогда этот показатель составит 36%. Аналогично подсчеты можно провести и для брака двоюродных брата и сестры и тому подобное.

Психические нарушения отмечались у всех детей в виде умственной отсталости, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения головного мозга, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности.

При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие психические расстройства: наибольший процент занимает умственная отсталость различной степени выраженности - 52%, вторая по частоте встречаемости патология - это эпилепсия и неэпилептические припадки - 19%, нарушения поведения наблюдались в 15% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Психические расстройства пациентов II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (46%), а также органическим поражением головного мозга (28%), на 3 и 4 местах соответственно - умственная отсталость (16%) и патология поведения (10%).

При обследовании детей контрольной группы выявились следующие психические расстройства: задержка психического развития (ЗПР)-40%, минимальная мозговая дисфункция (ММД)-36%, умственная отсталость-3%, судорожные синдромы и эпилепсия-9%, нарушение поведения-2%, органическое поражение ЦНС-10%.

Вывод. Известно, что близкородственные скрещивания приводят к появлению дефектных копий и удаляют их из генофонда популяции. Итак, сын, получивший две дефектные копии, умирает или болеет, а значит, не передает их дальше по наследству (как это происходит в случае наличия только одной дефектной копии). Если такой процесс "выявления" продолжается достаточно долго и популяция замкнута от притока новых дефектных копий извне, то через некоторое время она может почти полностью от них избавиться.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЕЁ СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА

Парпиева Ю.Р., Ганиева И.У., Валиева М. Ю.

Ташкентская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клинический диагноз астмы часто основан на наличии таких симптомов, как эпизодическая одышка, хрипы, чувство сдавления в груди и кашель, в особенности ночью или ранним утром. Однако данные симптомы сами по себе не могут быть единственным диагностическим критерием, как и не могут быть основой для определения степени тяжести заболевания.

Цель. Изучая анамнез, важно установить зависимость появления симптомов от воздействия одного или нескольких триггеров. Исчезновение симптоматики после применения бронходилататоров означает, что врач имеет дело с бронхиальной астмой. Ниже приведены вопросы для уточнения диагноза бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Исследование функции легких с помощью спирометра или пикфлоуметра обеспечивает непосредственное определение бронхиальной обструкции, ее колебаний и обратимости. Такие процедуры необходимы для постановки диагноза и мониторингирования течения заболевания.

Спирометры измеряют жизненную емкость легких, форсированную жизненную емкость легких а также объем форсированного выхода за 1 с (ОФВ1), причем данный показатель является лучшим параметром для определения степени тяжести заболевания.

Пиклоуметры измеряют пиковую скорость выхода (ПСВ), т.е. максимальную скорость, с которой воздух может выходить из дыхательных путей во время форсированного выхода после полного вдоха

Результаты. Значения ПСВ тесно коррелируют со значениями ОФВ1. Пикфлоуметры-портативные, удобные и недорогие приборы.

Таким образом, они могут применяться не только в условиях поликлиник и больниц, но также дома и на работе, что помогает установить диагноз, определить тяжесть болезни и реакцию на лечение.

МЕТОДИКА РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Косимов И.У., Исаков К.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Необходимость разработки более эффективных подходов в использовании ИДФН для реабилитации больных, перенесших ИМ, обусловлена введением системы обязательного медицинского страхования, применением новых медико-экономических стандартов, конечной целью которых является повышение качества медицинской помощи и профилактических мероприятий.

Исследований, посвященных разработке методик физической реабилитации больных, перенесших ИМ, предусматривающих назначение длительного курса ИДФН с велоэргометрическими нагрузками в ранние сроки и целенаправленному комплексному изучению их эффективности во вторичной профилактике заболевания, до настоящего времени не проводилось.

Цель исследования. Для повышения эффективности комплексной терапии больных, перенесших ИМ, разработать методику ранней физической реабилитации, предусматривающую назначение длительного курса ИДФН с велоэргометрическими нагрузками, начиная с госпитального этапа, и исследовать ее воздействие на клиническое течение заболевания, физическую работоспособность и липидный спектр плазмы крови пациентов в процессе их восстановления.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 70 пациентов мужского пола, перенесших неосложненный ИМ, в возрасте от 21 до 55 лет (средний возраст 41±6 лет). Все больные были госпитализированы в отделение неотложной кардиологии НИИ клинической и профилактической кардиологии СО РАМН не позднее, чем через 12 часов от момента возникновения болевого синдрома. У 67 человек установлен диагноз крупноочагового или трансмурального ИМ, у 3 - мелкоочагового. У 11 человек ИМ был передне-перегородочным, у 27 - передне - боковым, у 32 - нижней локализации.

Результаты исследования. Для повышения эффективности комплексной терапии больных, перенесших неосложненный ИМ, разработана методика ранней физической реабилитации, отличительной чертой которой является применение 4-х месячного курса ИДФН с велоэргометрическими нагрузками, начиная с госпитального этапа, оказывающая положительное влияние на клиническое течение заболевания. Ранние длительные ИДФН по предложенной методике не вызывают осложнений течения заболевания при условии соблюдения тренирующих режимов (умеренные нагрузки первые 2 месяца, интенсивные - 2 последующих).

Применение длительного курса велоэргометрических ИДФН, начиная с госпитального этапа, достоверно повышает толерантность организма к физическим нагрузкам, уменьшает частоту развития ишемии в ответ на физическую нагрузку, улучшает сократительную и насосную способность миокарда левого желудочка за счет более «экономной» работы сердца путем уменьшения ЧСС, ДП на предыдущих уровнях нагрузки.

ИДФН по разработанной методике уменьшают содержание атерогенных липопротеидов и повышают содержание Хс ЛПВП в плазме крови пациентов, что способствует вторичной профилактике заболевания.

ИДФН по предложенной методике оказывают коррегирующее влияние на избыточную массу тела, потенцирующую действие ряда факторов риска заболевания и часто отмечающуюся у пациентов, перенесших ИМ в период начальных клинических проявлений ИБС.

Вывод. Для практического применения разработана и апробирована 4-х месячная методика физической реабилитации больных, перенесших ИМ, предусматривающая применение в комплексной программе физического восстановления велоэргометрических ИДФН, начиная с 3 недели от дебюта заболевания на различных режимах

интенсивности: первые 2 месяца интенсивность велоэргометрических ИДФН составляет 50-60% от индивидуальной пороговой ЧСС, достигнутой при исходной ВЭМП, последующие 2 месяца велоэргометрические ИДФН проводятся с интенсивностью 70 - 90 % от новой индивидуальной пороговой ЧСС, достигнутой при повторной ВЭМП.

Использование методики ранней физической реабилитации больных, перенесших ИМ, в условиях центров реабилитации и поликлиник по сравнению с классическими методиками лечебной физкультуры (ЛФК); во-первых, не нарушает «бюджета времени», отведенного на процедуры ЛФК; во-вторых, позволяет сократить сроки и повысить эффективность физической реабилитации пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Кулдашов А.Ш., Тошпулатова Ф.К., Юлдашов Ш.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкентская фтизиатрическая и пульмонологическая клиническая больница

Актуальность. В современных условиях одной из актуальных проблем фтизиатрии является лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. Этот весьма неблагоприятный фактор оказывает значительное отрицательное влияние на эффективность противотуберкулезной химиотерапии, несмотря на ее продолжительность, широкое использование препаратов I и II ряда в сочетании с патогенетическими, иммуностимулирующими и дезинтоксикационными методами лечения.

Выявляемость микобактерий туберкулеза и его устойчивость при внелегочном туберкулезе значительно уступает туберкулезу органов дыхания. Это связано частой олигобациллярностью и латентностью микобактерий, вегетирующих во внелегочных очагах.

В последние годы у больных туберкулезом увеличилась выявляемость штаммов микобактерий туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью, что усугубляет проблему лечения туберкулеза лимфатических узлов на современном этапе.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения туберкулеза лимфатических узлов с учетом лекарственной устойчивости.

Материалы и методы. Комплексно обследовано 69 больных, из них мужчины - 37 (53,6), женщины — 32 (46,4) возрасте от 18 до 57 лет. Распределение обследованных больных по локализации процесса показало: поражении лимфатических узлов в шейном области — у 33 (47,8), подмышечной области — у 27 (39,1), паховой области - у 9 (13,0) случаев.

Распределение по давности процесса установлено, что до 6-месяцев - у 12 (17,4), до 1-года — у 23 (33,3), более года - у 34 (49,3) случаев. Клиническая картина лимфаденопатии была выражена в различной степени у всех обследованных больных.

Все обследованные больные до поступления в клинику получили лечение туберкулезного процесса по стандартной схеме программы ДОТС. Необходимо указать, что при исследовании содержимого лимфатических узлов методом Хpert МТВ/RIF - у 69 больных, всего установлено - у 58 (84,0%) случаев МТВ положительный, а МТВ/ RIF - устойчивый обнаружено всего - у 34 (58,6%) случаев. Среди больных из 1-группы — 12 (35,3%) и из 2-группы - у 16 (45,7%) случаев обнаружены сочетание туберкулеза органов дыхания.

1-группа ТПЛУ с лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза - 34 (49,3%)

2-группа ТПЛУ с лекарственно чувствительной микобактерии туберкулеза - 35 (50,7%)

У больных после установления ТПЛУ лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза были назначены препараты 2-ряда согласно стандартам и протоколом ВОЗ.

Результаты. Среди больных 1 – группы в 78,6 % случаев отмечалось подострое и хроническое течение болезни с умеренно выраженными симптомами интоксикации: слегка болезненное и подвижное увеличение одной группы лимфатических узлов, слабость, незначительное повышение температуры тела, снижение аппетита, потеря веса, потливость.

У больных 2-группы чаще, в 43,2% случаев, отмечалось подострое течение процесса: подвижное, безболезненное увеличение группы лимфоузлов, чаще заметное снижение аппетита и потеря веса за короткие сроки наблюдения.

У больных 2-группы, в составе периферической крови отмечается - у 67,3% повышение РОЭ более 30 мм/ч. лейкоцитоз - у 63,2%, а также лимфопения - у 52,1%, а у 1-группы эти показатели заметно отличались - 48,6%, - 59,4%, - 31,3% случаев соответственно.

В биохимическом анализе крови при поступлении в клинику среди 1-группы больных в 44,6% случаев отмечено повышение АЛТ. Это обстоятельство объясняется тем, что ранее длительное время получали антибактериальную терапию, перенесенными гепатита В, С.

При УЗИ исследовании пораженных лимфатических узлов в 84,5% случаев среди больных 1 - группы отмечается эхогетерогенность и 15,5% случаев выраженный эхогетерогенности внутренней структуры лимфатических узлов, а у 2-группы больных 38,4% - 61,6% случаев соответственно.

Вышесказанное доказывается при оперативных вмешательствах - у всех оперированных больных МЛУ форме ТПЛУ обнаружено гнойное расплавление лимфатических узлов.

При гистологическом исследовании лимфатических узлов у больных при МЛУ форме ТПЛУ пролиферативное, казеозное поражение, характерное для хронического течения, встречалось в 74,8% случаев, а у 2-группы обнаружены экссудативные стадии поражения - у 66,9% случаев.

При сравнительном изучении клинического течения у больных 2- группы через 6 месяцев на фоне комплексного лечения отмечается нормализация показателей крови, уменьшение размера лимфатических узлов, при УЗИ исследовании появление нормоэхогенности внутренних структур лимфатических узлов. А у 1-группы МЛУ ТПЛУ больных эти показатели отмечаются только через - 8 -10 месяцев лечения.

Несмотря на комплексное лечение препаратами 1-2-ряда, в связи с абсцедированием лимфатических узлов проводились повторные оперативные вмешательства радикального характера - у 16 (45,7%) больных с МЛУ ТПЛУ из первой группы. А - у 8(22,8%) больных из 2 группы.

Выводы. При ТПЛУ с лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза установлено хроническое течение процесса, с выраженными изменениями клинико-лабораторных показателей. При УЗД исследование выраженные эхогетерогенности, а также при гистологическом исследований обнаружение гигантских клеток Пирогова - Лангханса, всего до 74,8% случаев, указывают на необходимость проведения дальнейших более глубоких исследований с целью оптимизации ранней диагностики и корректирующие терапии (сроки и схемы антибактериальной терапии) этих категорий больных.

СТУДЕНТЫ МОЛОДЕЖНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИД

Кумар Г.Б., Нурмухамедова Ш.М., Жайлыбаев М.С., Даржанова К.Б.
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Актуальность проблемы: Одним из критериев конкурентоспособных стран, в ряды которых стремится и наша страна, является высокая продолжительность жизни. Между тем, мировой опыт показывает, что важнейшие факторы, влияющие на здоровье населения страны, это меры государства по предотвращению заболеваний с одной стороны, и стимулирование здорового образа жизни - с другой. По данным специалистов, заболеваемость и смертность затрагивают самую перспективную и работоспособную часть населения. Наибольшее количество больных находится в возрасте от 35 до 60 лет, что недопустимо при существующей демографической ситуации в нашей стране. Основой процветания, социальной устойчивости и демографического развития общества является здоровая молодежь. Именно поэтому в Западно-Казахстанском медицинском университете имени Марата Оспанова особое внимание уделяется воспитанию будущих врачей, содействию духовному здоровью и высокой нравственности молодежи, формированию профессиональных знаний и практических навыков в области профилактического консультирования, формирования гигиенической культуры и здорового образа жизни, в частности в вопросах профилактики ВИЧ/СПИД.

Цель исследования: представить опыт работы Молодежного Центра здоровья Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова по профилактике ВИЧ/СПИД среди молодежи и населения в целом.

Материал и методы исследования: В работе представлены материалы Молодежного Центра здоровья, созданного при кафедре эпидемиологии Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова приказом Ректора в 2012 году.

Результаты исследования: В эпицентре двух эпидемий – ВИЧ и наркомании – оказалась молодежь: более 80% всех случаев ВИЧ- инфекции в Казахстане выявлено у молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет. В силу возраста, из-за давления со стороны сверстников, из любопытства, желания казаться взрослее подростки и молодые люди склонны к рискованному сексуальному поведению, экспериментированию с алкоголем и наркотиками. Нередко к такому поведению их толкают социальные, экономические и семейные обстоятельства. Все это делает подростков и молодых людей особо уязвимыми к инфекциям, передаваемым половым путем, в том числе ВИЧ, а потребление алкоголя и наркотиков часто приводит к несчастным случаям со смертельным исходом, насильственной смерти или самоубийству. Именно поэтому при кафедре эпидемиологии работает Молодежный Центр здоровья, целью которого является повышение социальной активности молодежи, а также привлечение студентов к формированию навыков здорового образа жизни. Работа молодежного Центра здоровья студентов проводится в тесном сотрудничестве с Актыбинским областным центром по профилактике и борьбе с СПИД. За период работы Центра были проведены такие мероприятия как семинары – тренинги по тематикам: «Профилактика инфекций, передающихся половым путем», «Репродуктивное здоровье», «Профилактика наркомании среди детей и подростков» и широкомасштабные акции: «Остановим СПИД! Не оставайся в стороне!», «Здоровый образ жизни - выбор молодых» и другие.

1 декабря официально признан Всемирным днём борьбы со СПИДом. В связи с этим ежегодно проводятся различные мероприятия различного масштаба. 30 ноября 2012 года в стенах нашего университета была проведена акция «Остановим СПИД! Не оставайся в стороне!». В рамках акции было организовано театрализованное представление, викторина, подведение итогов конкурса тематических видеороликов и флешмоб. Акция началась с флешмоба и раздачи прохожим информационных материалов о ВИЧ/СПИД и красных ленточек, которые являются символом солидарности с ВИЧ-инфицированными во всем мире. На акции выступили представители Департамента Комитета Госсанэпиднадзора, Центра по профилактике СПИД и студенческий врач, которые кратко охарактеризовали эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ/СПИД в мире, Казахстане и Актыбинской области и выразили благодарность студентам за организацию акции по актуальной теме.

В мае 2013 года волонтеры Центра посетили Алгинский Детский Дом. Целью визита было проведение тренинга на тему «Профилактика наркомании среди детей и подростков». В ходе тренинга была представлена презентация на тему «Наркомания: миф или реальность». В программу тренинга входили различные игры, направленные на повышение уровня информированности детей по проблеме наркомании. Наиболее активным участникам в ходе игр были вручены подарки.

По приглашению руководства школы волонтеры Центра и сотрудники кафедры эпидемиологии участвовали в качестве экспертов в смотре агитбригад учащихся школы-гимназии № 9 города Актобе «Пропганда ЗОЖ и профилактика ВИЧ инфекции». В ходе встречи была представлена презентация о Молодежном Центре Здоровья и видеоролик «Что нужно знать о ВИЧ/СПИД». Волонтеры рассказали о работе нашего Центра, провели викторину с целью повышения уровня информированности детей по вопросам ЗОЖ и ВИЧ-инфекции. Школьники активно участвовали, наиболее отличившиеся в ходе викторины были поощрены фруктами. В составе жюри преподаватели и студенты оценивали выступление агитбригад. Педагогический коллектив гимназии выразил благодарность ВУЗ-у за активное сотрудничество и выразили надежду в будущем на помощь со стороны Молодежного Центра Здоровья для проведения подобных мероприятий.

В 2015 году Молодежный центр здоровья при кафедре эпидемиологии совместно с Областным центром по профилактике и борьбы со СПИД под лозунгом «В направлении цели: 90 % людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ – статус; 90 % людей с диагнозом ВИЧ – инфекции будут получать АРТ; 90 % людей, получающих АРТ будут иметь вирусное подавление» в актовом зале нашего университета провели акцию – конкурс среди студенческих команд ВУЗов города Актобе, посвященный Всемирному Дню борьбы со СПИД. Участие принимали ниже названные ВУЗы и СУЗы как: ЗКГМУ имени Марата Оспанова, многопрофильный колледж АГУ «Гарлан», Актюбинский политехнический колледж, АРГУ имени К.Жубанова, Актюбинский строительно – монтажный колледж. В итоге мероприятия была достигнута поставленная цель – доведение до сведения многочисленной молодежи присутствующих на акции об опасности ВИЧ/СПИД.

В 2016 году в самом крупном Гипермаркете нашего города состоялась акция, посвященная Всемирному дню борьбы со СПИДом. Акцию провели студенты факультета «Медико-профилактическое дело» и волонтеры Молодежного Центра Здоровья имени Марата Оспанова под руководством руководителя Центра.

Студентами была подготовлена викторина, в которой приняли участие все желающие посетители гипермаркета. Благодаря этому была проведена оценка осведомленности, грамотности населения о понимании проблемы, лечения и профилактике СПИДа. Попутно с вопросами викторины все желающие смогли получить ответы на интересующие их вопросы. Всем участникам вручались символические подарки.

Студентами раздавались буклеты и брошюры посетителям гипермаркета, где был указан адрес и номер службы доверия. Для привлечения населения был показан флешмоб и вокальное исполнение группы с песней собственного сочинения. Стоит отметить актуальность данной акции, ведь по информации СПИД-центра, сегодня в мире официально зарегистрировано около 40 миллионов людей, живущих с ВИЧ. Остановить эпидемию СПИДа можно только комплексом таких мер, как профилактика, обеспечение доступа к лечению всех нуждающихся и, конечно, активное привлечение внимания общественности к проблеме ВИЧ и СПИДа. Что мы и пытались сделать, привлечь внимание населения к данной проблеме и не оставить их равнодушными. Как показала викторина, необходимо больше работать с населением.

Все мероприятия Центра так же тесно связаны с научно-исследовательской деятельностью студентов. Волонтеры до и после проведения тренингов, проводят анкетирование учеников и студентов, а в рамках акций и семинаров и прохожих на улице, на информированность о профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний. По результатам научных исследований студенты неоднократно выступали с докладами и занимали призовые места на ежегодных студенческих конференциях в нашем вузе и за его пределами.

Выводы. Таким образом, благодаря всесторонней поддержке руководства университета, наш Молодежный Центр Здоровья плодотворно осуществляет поставленные задачи. Перспективный план развития Центра предусматривает: дальнейшее расширение связей с казахстанскими и зарубежными молодежными организациями в области пропаганды здорового образа жизни, совместную работу с воспитательным Центром университета по вовлечению студентов в волонтерское движение и участие в республиканских проектах по формированию здорового образа жизни среди молодежи.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У МУЖЧИН ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кутликова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Европейским обществом гипертонии в 2013 г. был предложен дополнительный критерий для количественной оценки риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) – сердечный или сосудистый возраст. Учитывая значительную заболеваемость гипертонической болезнью (ГБ) и ее роль в кардиальном континууме, определение сосудистого возраста (СВ), как фактора прогрессирования данного заболевания, является особенно актуальным на этапе первичной диагностики и дальнейшего диспансерно-динамического наблюдения.

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости АГ среди лиц молодого трудоспособного возраста, при этом молодые люди представляют собой сложную группу с точки зрения диагностики АГ, что связано с неспецифичностью клинических проявлений АГ у молодых и транзиторным характером повышения артериального давления (АД) в начале развития заболевания. АГ у лиц молодого возраста имеет ряд особенностей, обусловленных, как полагают, высокой распространенностью вегетативных расстройств, гиперкатехоламинемией и высокорениновым гуморальным профилем, однако на сегодняшний день имеется нерешенность многих проблем диагностики, а, следовательно, лечения и профилактики у молодых пациентов с повышением АД.

Цель исследования. Определить значение сосудистого возраста и оценить его связь с длительностью артериальной гипертензии у мужчин молодого и среднего возраста с инициальной гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. В клинике АГМИ было обследовано 125 мужчин в возрасте $39,2 \pm 6,7$ лет.

Результаты исследования. При обследовании по классической методике анализировались жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного осмотра

У большинства пациентов с АГ отмечалась головная боль в различных областях головы (85%); головокружение, слабость, зрительные расстройства изолированно встречались гораздо реже (до 15%) без значимых внутригрупповых различий. Выявлена тенденция к увеличению частоты отягощенного анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) и СД 2 типа в группах от контроля к пациентам с длительно текущей АГ ($p > 0,05$). Аналогичная тенденция отмечалась и с регулярным курением в группах. Качественные и количественные признаки алиментарного ожирения достоверно чаще по сравнению с контролем выявлялись в I и II группах (ИМТ – $p = 0,004$; объем талии (ОТ) $p = 0,01$; частота ожирения $\chi^2 = 15,6$, $p = 0,015$). При офисной оценке артериального давления (АД) его систолический и диастолический компоненты (САД и ДАД) ожидаемо оказались значимо выше в группах с АГ ($p < 0,001$) по сравнению с контролем.

Выводы. Длительное течение артериальной гипертензии даже на ранних стадиях гипертонической болезни сопряжено с нарушениями углеводного, липидного обменов, нарушением функции почек, что требует контроля данных показателей при первичном обследовании и в динамике.

Высокие расчетные показатели сосудистого возраста имеют четкую связь с длительностью течения артериальной гипертензии у пациентов, следовательно, данный интегральный показатель является вполне применимым для оценки прогнозирования заболевания в повседневной клинической практике.

Сосудистый возраст взаимосвязан с атеросклеротическими изменениями в сердечно-сосудистой системе, а также с жировой дистрофией печени, что свидетельствует о возможности применения данного показателя не только для изолированной оценки функционального состояния сердца и крупных сосудов, но и на уровне целостного организма.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кутликова ГМ.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острые коронарные синдромы (ОКС) представляют собой обострение стабильного течения ишемической болезни сердца и клинически проявляются формированием инфаркта миокарда (ИМ), развитием нестабильной стенокардии (НС) или внезапной смерти. Единство патогенеза (разрыв атеросклеротической бляшки, эрозия эндотелия, окклюзирующий или пристеночный тромбоз коронарной артерии и т.д.) позволило с определенными ограничениями объединить эти состояния под рубрикой ОКС. Кроме того, внедрение термина ОКС было обусловлено необходимостью быстрого решения вопроса о целесообразности проведения реперфузионной (тромболитической или интервенционной) терапии до окончательного установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда.

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение клинической картины депрессии и оказания неотложной помощи при этих состояниях.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 36 больных в инволюционном возрасте. Из них мужчин 6 (16 %), женщин 30 (83%). С учетом структуры аффективных расстройств у больных с инфарктом миокарда дифференцированы различные психопатологические синдромы: тревожно-депрессивные, астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические, истерические и органические депрессии. В виду этого были выделены три клинических варианта депрессии: 1) соматогенные депрессии (депрессии соматически обусловлены) - 12 (33.3 %), 2) эндогенные депрессии (шизофренические, инволюционные) - 7 (19.4 %), 3) психогенные депрессии (связанные с психотравмирующей ситуацией) - 17 (47,2 %).

Анализ свидетельствует, что для врачебной тактики важно установить ведущий фактор психосоматического взаимодействия с учетом личности больного. У обследованных больных по данным клиники АГМИ, тревожные состояния и ажитированная депрессия, (двигательное беспокойство, ажитация, снижение настроения, страх, тревога, бессонница.) чаще наблюдаются у женщин. У мужчин, клиника депрессии чаще протекает с отрывочными бредовыми расстройствами (бредовые идеи ущерба). Характерен сон для таких больных, бессонница вечером, затрудненное засыпание, и раннее пробуждение (в 3 – 5 часов утра). Утром отмечается подавленное состояние с тревогой (это самое подходящее время для суицида).

По данным проведенного анализа, наличие аффективных расстройств в картине болезни инфаркта миокарда увеличивает длительность пребывания больных в стационаре (в среднем на одну неделю).

Выводы. Среди экзогенных – наибольшие значения имеют у пожилых людей.

Взросший интерес к вопросу депрессивных расстройств у больных с кардиоваскулярной патологией обусловлен большим количеством фактических данных, свидетельствующих о негативном влиянии депрессии на течение и прогноз соматического заболевания.

БОЛАЛАРДА ЎТИРҒИЧ НЕРВИНИНГ ИНЪЕКЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЮЗАГА КЕЛГАН ТУННЕЛ МОНОНЕЙРОПАТИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Кучкарова О.Б., Кобиллов Ш.М., Абдукадиров У.Т., Касымова С.А.

Ҳозирги кунда болалар орасида инъекциядан кейинги ўтирғиш нервининг зарарланиш асоратлари кўпаймоқда ва орттирилган ногиронликка сабаб бўлмоқда. Тиббий ходимнинг малакасилиги, ўтирғиш нервининг турли хил анатомик жойлашуви, болаларда мускул системаси яхши ривожланмаганлиги, баъзи дори моддалар м/о га инъекциядан кейин туз ҳосил қилиши, сўрилишнинг қийинлиги, ёшига мос бўлмаган инъекция қилиш ўтирғиш нервни зарарланишга олиб келмоқда.

Изланиш мақсади: Болаларда ўтирғиш нерви ўзагининг зарарланиш даражасини ўтқир ва тикланиш даврида стимуляция ЭНМГ (Электронейромиография) текшируви ёрдамида аниқлаш ва баҳолаш, ўтирғиш нерви ўзаги зарарланишига сабаб дориларни таҳлил қилиш, зарарланган ўтирғиш нерви ўзагини тикланишида стимуляция ЭНМГни самарадорлигини баҳолаш ва даво тактикасини белгилаш.

Изланиш вазифалари: Болаларда ўтирғиш нерви ўзагини ўтқир ва тикланиш давридаги зарарланиш даражасини стимуляция ЭНМГ (Электронейромиография) текшируви ёрдамида таҳлил қилиш. Ўтирғиш нерви зарарланишига сабаб бўлаётган дориларни статик таҳлили. Самарали даво алгоритмини яратиш орқали орттирилган ногиронлик сонини камайтирдим.

Тадқиқот объекти ва предмети: Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази неврология бўлими ва Тошкент шаҳар «Здоровые дети» клиникаси 2017-2020 йиллар давомида ўтирғиш нервининг инъекциядан кейинги юзага келган туннель мононейропатияси билан касалланган 69 нафар 1-14 ёшли болаларда клиник-неврологик,

инструментал текширувлар олиб борди. Ўтиргич нервнинг инъекциядан кейинги юзага келган туннел моноейропатияси билан боғлиқ дорилари статик таҳлили ва периферик нерв системасига хос зарарланиш кўрсаткичлари аниқланди.

0-2 ёш болаларда ўтиргич нерви ўзаги инъекциядан кейинги зарарланишларида стимуляцион ЭНМГ текшируви ўтказилганда 17 нафар бемордан 10 нафариди ўтиргич нерви, 1 нафари катта болдир нерви, 6 нафари кичик болдир нерви нейропатияси билан зарарланган, бу беморларда терапевтик даволаш билан биргаликда стимуляцион ЭНМГ да зарарланган нерв стимуляция қилинганда зарарланган нерв регенерацияси ўтиргич нерви 1-йилда 80%, 2-4 йилда 20%, катта ва кичик болдир нерви 1-йилда 100% ҳолатда тикланди.

Хулоса: 3-14 ёш болаларда ўтиргич нерви ўзаги инъекциядан кейинги зарарланишларида стимуляцион ЭНМГ текшируви ўтказилганда 13 нафар беморнинг 4 нафари ўтиргич нерви, 4 нафари катта болдир нерви, 5 нафари кичик болдир нерви нейропатияси билан зарарланган, бу беморларда терапевтик даволаш билан биргаликда стимуляцион ЭНМГ да зарарланган нерв стимуляция қилинганда зарарланган нерв регенерацияси ўтиргич нерви 1-йилда 75%, 2-4 йилда 25%, катта ва кичик болдир нерви 1-йилда 100% ҳолатда тикланди. 0-2 ёш болаларда ўтиргич нерви ўзаги инъекциядан кейинги зарарланишларига энг кўп ҳолатларда супрастин кичик болдир нерви, кейинги ўринларда диклофенак, ортафен ўтиргич нерви ва катта болдир нерви зарарланишига сабаб бўлади, бу болаларда оғир кечади, тез тикланади. 3-14 ёшли болаларда ўтиргич нерви ўзаги инъекциядан кейинги зарарланишларига энг кўп ҳолатларда диклофенак, ортафен ўтиргич нерви ва катта болдир нерви, ношпа – димедрол, супрастин жуда кам ҳолатларда кичик болдир нерви зарарланишига сабаб бўлади ҳамда ўрта оғирликда кечади.

Ўтиргич нерви ўзаги инъекциядан кейинги зарарланишида терапевтик даволаш билан стимуляцион ЭНМГ да стимуляция қилинганда ўтиргич нервнинг тикланиши 1-йилда 75-80% ҳолатда, 25-30% ҳолатда 2-4 йилларда тикланиши кузатиш билан ногиронлик билан асоратланмайди. Катта болдир ва кичик болдир нерви тикланиши 1-йилда 100% ҳолатда тикланади, ногиронлик билан асоратланмайди.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛИ ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ЗАРАРЛАНИШ ХАВФ ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ

Кучкарова О.Б., Кобилов Ш.М., Абдукадирова Д.Т.

Ҳомила ичи инфекцияларининг 30-40% га цитомегаловирусли ҳомила ичи инфекцияси тўғри келади. 90-95% ҳолларда ҳомила ичи инфекцияси билан зарарланиб туғилган болаларда абсолют симптомсиз кечади, 5-10% ҳолларда ҳомила ичи инфекцияси билан туғилган болаларда микроцефалия, 30-40% да перивентрикуляр кальцификатлар ҳосил бўлади.

Цитомегаловирусли инфекция (синоними цитомегалия) ҳозирги кунгача юқумли паталогик касалликлардан бири бўлган долзарб муаммолардан ҳисобланади. Унинг кечиши яширин ва генерализациялашган кечиши, марказий асаб тизими ва ички аъзоларга жиддий асоратлар бериши билан тавсифланади.

Изланиш мақсади. Цитомегаловирусли инфекция билан туғилган болаларда нерв тизимининг зарарланиш даражасини аниқлаш, неврологик асоратларнинг олдини олиш

Изланиш вазифалари. Цитомегаловирусли инфекция билан касалланган чақалоқлар ва эрта ёшли болаларда клиник-неврологик, лаборатор-инструментал текширувлар ўтказилди.

АВБКТТМ ЧПБ ва болалар неврологияси бўлимида 2017-2020 йиллар давомида цитомегаловирусли инфекция билан касалланган 60 нафар янги туғилган чақалоқлар ва эрта ёшли болаларда клиник-неврологик, лаборатор-инструментал текширувлар олиб борилди. Цитомегаловирус билан боғлиқ нерв тизимига хос зарарланиш кўрсаткичлари аниқланди. 60 беморнинг: 29 нафари ўғил болалар, 31 нафари қиз болаларни ташкил қилди. Андижон вилояти ва Андижон шаҳрида яшовчи 20 - 40 ёшдаги аёллар ва болаларда ўтказилди, ўртача ёш кўрсаткичи 25,4±6,5 ёш. Оналарнинг ўртача ёши 20-30 бўлиб, умумий оналарнинг 76 %ни ташкил қилади.

Текширув натижалари шуни кўрсатдики:

1. Цитомегаловирусли ҳомила ичи инфекцияси ривожланиши кўп жиҳатдан онадаги сийдик таносил аъзолари касалликлари билан касалланган (60 аёлнинг 31 нафарида сурункали пиелонефрит, 11 нафарида цистит аниқланди), онадаги қўшимча касалликлар анемия (8 та ҳолда 13.3%) ва онадаги иммунтанқислик касалликлари (8 та ҳолда 13.3%) сабабчи бўлар экан.

2. Цитомегаловирусли ҳомила ичи инфекцияси билан туғилган болаларда нерв тизимининг туғма аномалияси (лизенцефалия) 1та, микроцефалия 14, туғма гидроцефалия 8, НСПЗ 33, симптоматик эпилепсия 4, БЦФ 1та ҳолда аниқланди.

3. НСГ текшируви ёрдамида энг кўп ПВЛ 15, вентрикуломегалия 10, кисталар 30, коринчаларга қон қуйилиши 5 ҳолатда аниқланди.

Хулоса: Ҳомиладор аёлларда цитомегаловирусли ҳомила ичи инфекциясини аниқлаш учун ҳомиладорлик анамнези, ҳомиладорликда кузатишган аборт (бола олдириш), ҳомила тушиши, чўзилган туғруқ ва бошқалар эрта ташхислаш имконини беради. Туғилиш давридаги барча морфологик ўзгаришларни инобатга олиш керак, чунки бу цитомегаловирусли ҳомила ичи инфекцияси натижасида марказий нерв тизимини зарарланиши келиб чиққан бўлиши мумкин, шунинг учун чақалоқларда кичик минимал ўзгаришларни ҳам четда қолдирмаслик керак. Агар онада яллиғланиш жараёнлари бўлса ва ҳомиласи нобуд бўлган бўлса цитомегаловирусга текшириш, уни профилактика қилиши зарур. Эрта ненатал даврдаги боланинг аҳоли тўғрисидаги хулоса фақат нейросонографиядан кейин тавсия этилади. Боланинг биринчи суткада неонатолог кўригидан сўнг агар унда перинатал зарарланишга шубҳа бўлса, клиник ноинвазив усулдан, яъни нейросонография усулидан фойдаланиш лозим. Цитомегаловирусли ҳомила ичи инфекцияси билан туғилган болаларни дастлабки 10 кунгача бўлган даврда бош миёдаги деструктив жараёнларга асосланиб, марказий нерв тизимини зарарланиш хафтини аниқловчи моделдан фойдаланиб, болани бир ёшгача кузатиш ва даволаш болаларда БЦФ нинг олдини олишимизга ёрдам беради.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА УЧЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР СИФАТИНИ ОШИРИШ

*Усманова Я.Ғ., Назарова Г.У., Рахматова М.М., Боқўзиева М.Б., Зияева И.Д.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунин асослаш: Қандли диабет касаллиги ҳозирги кунда замонавий эндокринологиянинг долзарб муаммоларидан биридир. Касалликнинг тез ривожланиши, кўп ҳолларда қайталаниши, авж олиши ва турли хил асоратларини берганлиги сабабли, беморлар иш қобилиятининг пасайиши ногиронлик ҳолатига олиб келмоқда. ЖССТ маълумоти бўйича ҳозирги вақтда ер юзидида қандли диабет билан ҳасталанганлар 120 млн.га яқин одамни ташкил этади. Тарқалиши бўйича бу касаллик ноинфекцион касалликлар пандемияси бўлиб ҳисобланмоқда. Болалар ва ўсмирлар орасида 0,1 дан 0,3% гача учрайди. Касалликнинг ташхисланмаган турларини ҳисобга олинса баъзи мамлакатларда касаллик тарқалиши 6% гача этади. Ҳар йили диабетнинг янги аниқланган тури умумий ҳасталанганларнинг 6-10% ни ташкил этади, бу эса ҳар 10-15 йилда касалланганлар сонининг 2 баробар ортиши ҳақида дарак беради. Натижада экономикаси ривожланган мамлакатларда ҚД нафақат тиббий балки социал муаммога айланганлигини кўрсатади.

Мақсад: Андижон шаҳар 5-ОПда қандли диабет касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги ОП шароитида 3 ой мобайнида ўтказилди. Қандли диабет касаллиги билан назоратда турган беморларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди ва тизим карта ишлаб чиқилди. Қандли диабет касаллиги асоратларини олдини олиш бўйича аҳолини ўқитиш ишларига салбий таъсир килувчи сабаблар таҳлил қилинди

Натижаларни баҳолаш. ОПда Қандли диабет касаллиги ҳақида маълумотлар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Тиббий ходимларнинг қандли диабет касаллиги билан беморларни стандартлар бўйича назорат қилиш борасида билимлари етарли даражада эмас. Маслаҳатлар вақтида беморларни касаллик ҳақида ўқитишга врачлар томонидан кам эътибор берилади. Кўп ҳолларда беморлар тавсияларга амал қилинмаса касалликни кучайиб бориши ҳақида етарли маълумотга эга эмас. Амбулатор карталарни ретроспектив текшириш натижасида шу нарса маълум бўлдики, беморларга профилактик тадбирлар ҳақида кам маълумот берилади ва амбулатор картага бу ҳақда қайд қилинмайди. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг Қандли диабет касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 20% га яхшилашга эришдик.

Хулоса ва тавсиялар: ОП врачлари Қандли диабет касаллиги билан ҳасталанган беморларга касаллик асоратлари профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориши ўта муҳимдир. ОПдаги ҳар бир УАШ шифокори ушбу муаммо бўйича қайта ўқитилиши учун қисқа муддатли тренинг-семинарлар ташкил қилиниши ва беморларни олиб бориш учун клиник протокол билан таъминланиши керак. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш зарурдир. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориши керак. Шу билан биргаликда назоратда турган беморлар учун касаллик уни асоратлари (ретинопатия, нефропатия, нейропатия, диабетик тўпик) ҳақида индивидуал ва гуруҳ тартибда суҳбатлар олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

*Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М.
Андижон Давлат Тиббиёт институти*

Муаммо долзарблиги: Керагидан ортикча рацион калорияси танани оғирлигини оширишга ва қонда ёғ таркибини ошиб боришга олиб келади. Ҳозирги кунда анчагина илмий -тадқиқот ишлари бўлиб, унда керагидан ортикча ҳайвон ёғларини ва сабзавотларни истеъмол қилиниши, уни сакланиши ва атеросклерозни ривожланиши орасидаги алоқани исбот қилишга кўра, ўт пуфаги, жигар ва бошқа овқатни ҳазм қиладиган органларда касалликларни ривожланишида тўғри овқатланишни роли катта эканлиги кўрсатилган.

Мақсад: Олтинкўл тумани “Олтинкўл” (Қишлоқ врачлик пункти) ҚВП аҳолиси орасида рационал овқатланишни тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш.

Материал ва усуллар: Текширишлар 2019 йилнинг ноябр ойидан, 2020 йил январ ойларида Олтинкўл тумани «Олтинкўл» ҚВП худудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида биз аҳоли маълумотларини аҳолининг амбулатор карталари Ф 025/У, диспансер назорати карталари Ф-030/У, ва бошқа ҳисобот формалари каби ҳужжатлардан фойдаландик. Аввало биз аҳолининг овқатланиш характери ва рационал овқатланиш ҳақидаги билимларини аниқлаш борасида махсус сўровномаларни ишлаб чиқдик. Сўровнома саволлари иловада келтирилган. Ишлаб чиқилган сўровномалар асосида тасодифий танлаш орқали ажратиб олинган 50 нафар киши орасида тадқиқотларни олиб бордик. Сўровномалар орқали ажратиб олинган нораціонал овқатланувчи кишилар орасида касалланишни ҳам ўрганиб чиқдик.

Натижа ва таҳлиллар: Олтинкўл тумани «Олтинкўл» ҚВПси жами 9500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. ҚВП хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби қуйидагича: ҚВП аҳолисининг 38,1 % ини болалар, 61,9% ини катта ёшлилар ташкил этади. Аёллар 49,7% ни, эркаклар эса 50,3% ни ташкил қилади. Кейинги вазифамиз аҳолининг рационал овқатланиш ҳақида билимлари ва овқатланиш характерини ўрганиш юзасидан олинган маълумотларни таҳлил қилдик. Рационал овқатланиш ҳақидаги саволларимизга 17 (34%) киши тўлақонли овқатланиш деган, 6 (12%) киши организм талабига кўра ёқтирган таомини истеъмол қилиш деган, 27 киши (54%) қатъий илмий асосланган углевод, ёғлар ва оксилларнинг суткалик миқдори эътиборга олинган ҳолда витаминларга бой таомларни истеъмол қилиш деган жавобни

беришган. Шунингдек, 37 киши (74%) оиламизда рационал овқатланмаймиз деган, 13 киши (26%) тўғри рационал овқатланамиз деган жавобни беришган. Аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш бўйича режалаштирилган мавзулар бўйича тиббиёт ходимлари ва педагоглар ҳамкорликда маърузалар, амалий, кўргазмали дарслар ўтказилди. Қайта сўровнома ўтказилганда барча саволларимизга аҳолининг билим даражаси ошганлигини кўрдик.

Хулосалар: 1.Олиб бориладиган ишлар натижасида шуни айтиш мумкинки, ҚВП мудир ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятини ошириш ишлари олиб бориши керак экан.

2.УАШ ва патронаж хамшира аҳолини қабул вақтида вазн-бўйини, ВБИ хулосасини ўтказиши ва олинган натижаларга асосланиб тавсиялар ва аниқланган касалликлар бўйича даволашни ўтказиши керак.

4. ҚВП мудир бошқа тиббий ходимлар ишини назорат қилиши билан бирга аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамни сифатини ошириш ҳақида суҳбатлар ўтказилади.

5. ҚВП мудир катта хамшира билан биргаликда патронаж хамшираларни аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи бўйича олиб бораётган ишини назорат қилиши билан тиббий хизмат сифатини оширади.

ЎСМИР ВА БАЛОҒАТ ЁШИДА БЎЛГАН АҲОЛИ ГУРУҲЛАРИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ “ЎЗИГА РОМ ҚИЛУВЧИ” КЛИНИК ТАФСИЛОТЛАРИ

*Қурбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасолиев З.Н.
АндДавТИ ва РИШТЭИМ АФ, Андижон*

Ўсмир ва балоғат ёшида бўлган (14-22 ёшда бўлганларда) аҳоли гуруҳларида (ЎБЕАГ) артериал гипотониянинг у ёки бу замонга мос эволюциясига хос клиник кўринишларини тавсифи махсус эпидемиологик текширувларда кам ўрганилган. Шу билан бирга, мазкур касалликни ўсмирлар орасида ўзгариб ва кескинлашиб бораётганлиги ҳақидаги маълумотлар охириги йиллардаги манбаларда тобора кенг эътиборга олинган.

Тадқиқотнинг мақсади – ЎБЕАГнинг замонавий клиник тавсифларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 1465 та 14-22 ёшли аҳоли эпидемиологик текширувга жалб қилиниб таҳлил қилинди. Сўровнома – анкетани тўлғаиш давомида субъектив ва физик текширувлар бажарилди. ЎБЕАГ ташхиси учун қўшимча текширувлар қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар: замонавий клиник тафсилоти борасида ЎБЕАГ учун таянч аломатлар маълум бўлди. Хусусан, ЎБЕАГга доимо специфик клиник белгилар бўлиб ҳисобланган кўринишлар 70,0 фоизга етиб қамалган. Ва аксинча, шунча фоиз даража билан ўсмирларда ноҳос бўлган умумий симптомлар – беҳоллик, кўз олди қоронғулашуви, эснаш ва “кўз чакнашлари” кабилар билан артериал гипотонияни тавсифланиши аниқланди. Артериал гипотонияда доимий “сояси” бўлиб учрайдиган симптом ва синдромлар қуйидагилар ҳисобланадилар: постпрандиал синкоп, гипервентиляция синкоп, кардиоаритмик синкоп, гиповолемик синкоп, синокаротидли синкоп, ортостатик (постурал) синкоп ва вазовагаль (вазодепрессорли) синкоп.

Эпидемиологик текширувимизда ушбу ЎБЕАГ учун “хос” клиник кўринишлар аксарият “ноҳос” ифодаланиш билан кам частоталарда тарқалиб учраши ила эътиборни тортди. Артериал гипотонияни бундай клиник тавсифи симптом – синдромларни қуйидагича фоизлар билан қайд этилишида тасдиқланди: вазовагаль синкопни – 4,8 фоиз даражадан ошмай тарқалганлигини, ортостатик синкопни – 2,2 фоиз, синокаротидли синкопни – 1,8 фоиз, гиповолемик синкопни – 3,7 фоиз, кардиоаритмик синкопни – 2,6 фоиз, гипервентиляция синкопни – 1,5 фоиз ва постпрандиал синкопни – 5,9 фоиз даражада.

Сўзсиз, ушбу илмий – эпидемиологик мушоҳадаларни ташхисий аҳамиятини инкор этиб бўлмайди ва иккинчидан, уларни проспектив ҳамда катта ҳажмли (рандомизацияланган) эпидемиологик тадқиқотларда ўрганишни давом этдирилишини ҳам мақсадга мувофиқ деб тавсия этамиз.

АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ ЎСМИРЛАРДА ОРФОШАКЛАРИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ЎЗГАРИШЛАРИ

*Қурбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасолиев З.Н.
АндДавТИ ва РИШТЭИМ АФ, Андижон*

Артериал гипотония превентив тиббиётнинг долзарб масалаларидан бири бўлиб ҳисобланади. Превентив тиббиётда “эпидемиологик портлаш” пайдо бўлганлигига 60 йиллардан зиёд вақт ўтди ва у эгаллаган жабҳаларда, айниқса асосий кардиологик касалликларда ижобий ўзгаришларга эришилди: юрак – қон томир касалликларида чекиниш бошланди. Лекин артериал гипотонияни ўрганишда эпидемиологик тадқиқотлар қўлами “учқунлашиш” поғонасида қолаётганлиги ва Ўзбекистонда бундай маълумотларни йўқлиги илмий манбалардан маълум бўлади.

Шундан келиб чиқиб **тадқиқотнинг мақсади** – артериал гипотониянинг орфошакларини ўсмирларда эпидемиологиясини ўрганиш ва ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: ўсмир (14-17 ёш) ва ўспирин (18-22 ёш) ёшларда бўлган аҳолида (1500) эпидемиологик текширув стандартизацияланган ва унифицирланган усуллардан фойдаланиб ўтказилди.

Натижалар ва хулосалар: артериал гипотониянинг аксарият учта орфошаклари – ортостатик артериал гипотония, транзитор ишемик хуруж билан ифодаланувчи артериал гипотония ва каротид синус синдромига алоқадор бўлиб чиқувчи артериал гипотония ўсмир ва ўспиринларда кузатилади. Ортостатик артериал гипотонияни тарқалиш частотаси 4,2 фоиз суръати билан қайд қилинади, 15 ёшдан 17 ёшгача бўлган даврда 3,1 фоиз ва 18 ёшдан 22 ёшгача бўлган ораликда 8,1 фоиз эпидемиологик кўрсаткичлар билан тавсифланади ($p < 0,01$). 7 йиллик ёш ўзгариши билан боғлиқда унинг кўпайиб бориши 5,0 фоизни ташкил қилади.

Транзитор ишемик хуруж билан ифодаланувчи артериал гипотония эса 4,8 фоиз таркалиш частотаси билан аникланади ва қайд этилган ёш диапозонида 6,1 фоизга “ўсиш” билан (3,7 фоиздан 8,8 фоизгача етиб) тасдикланади ($p<0,01$).

Каротид синуси синдромига ҳам артериал гипотония 15-22 ёшда бўлган аҳолида 2,9 фоиз частота билан ўзгариб бориши 2,5 фоизни (2,3 фоиздан то 4,8 фоизгача кўпайиб; $p<0,01$) кўрсатади.

СТРЕСС – ИНДУЦИРЛАНГАН ГИПОТОНИК ХОЛАТЛАРНИ ЎСМИРЛАРДА ТАРҚАЛИШИ ДАРАЖАЛАРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВ)

*Қурбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Мамасолиев З.Н.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотларда кўрсатилади-ки, стресс-индуцирланган гипотоник ҳолатларни (СИГХ) аҳоли орасида тарқалишининг чин даражаларини аниқлаш мураккаб. Бунинг бош сабаби – у мустақил касаллик сифатида ҳам кўриниши мумкин ва иккинчидан, турли юкумли бўлмаган сурункали касалликларда кузатиловчи иккиламчи вегетатив-томир бошқаруви бузилиши синдроми сифатида аксарияткузатилади.

Лекин ҳар икки вазиятда ҳам рухий зўриқиш (стресс) омили аксарият устуворлиги бўлиб артериал гипотония СИГХ шаклида келиб чиқади.

Тадқиқотнинг мақсади – стресс – индуцирланган гипотоник ҳолатни ўсмирларда тарқалиш даражаларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: текширув объекти сифатида уюшмаган 1500 та усмирлар популяцияси репрезентатив танлов йўли билан ажратиб олинди. Уларда эпидемиологик текширув уч босқичда сўровномали, махсус ва биостатик усуллари кетма – кетликда қўлланилиб амалга оширилди. СИГХ икки маротаба, икки дақиқалик оралик билан аниқланган кўрсаткич бўйича Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти мезонлари асосида ташхисланди.

Натижалар ва хулосалар: олинган натижаларимиз клиник текширув-ларда тасдиқланган тенденцияларга яқин тавсияларни қиёсан хавфлироқ мазмунда билан тафовутландадилар. Умуман, СИГХ 15-22 ёшдаги аҳолида 13,7 фоиз тарқалиш даражаси билан кузатилади, 15 дан 17 ёшгача ораликда – 9,9 фоиз ва 18-22 ёшгача ораликда – 27,7фоиз частоталарда ёки 21,8 фоизга етиб кўпайиш билан тавсифланади ($p<0,01$). СИГХ нинг артериал гипотония таркибидаги улуши 73,6 фоизни ташкил этади. Ёшга боғлиқ ҳолда, 15 ёшлиларга солиштирганда 22 ёшли ўспиринларда, 26,9 фоизга етиб тарқалиш даражаси ортади ($p<0,05$).

СИГХнинг ўткир ва сурункали шаклда аниқланиш частоталари – 7,2 фоиз ва 11,5 фоиз даражаларда қайд этилади ($p<0,05$).

Олинган натижалардан СИГХ профилактикасида “нишон объект” сифатида фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади.

ОМЕЗ И НЕКСИУМВ СХЕМАХ ЭРАДИКАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

*Ляшев А.Ю.
Курский государственный медицинский университет*

Актуальность проблемы. Болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место в структуре детской заболеваемости, при этом до 70–90% всей гастроэнтерологической патологии приходится на хронические гастриты и гастродуодениты. Хронический гастродуоденит (ХГД) остается наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта у детей, несмотря на существенные достижения педиатрии в этой области.

В связи с вышеказанным поиск новых методов лечения ХГД у детей является актуальной задачей современной фармакологии и детской гастроэнтерологии. Представляет особый интерес изучение терапевтической эффективности различных схем эрадикации, включающих антибиотики и ингибиторы протонной помпы.

Цель исследования – изучение эффективности различных схем применения антихеликобактерной терапии с использованием антибиотиков амоксициллина и кларитромицина, а также ингибиторов протонной помпы омеза или нексиума у детей с хроническим гастродуоденитом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ выписок из историй болезни 40 детей от 7 до 15 лет, проходивших лечение во втором отделении Курской областной детской больницы с впервые выявленным диагнозом хронического гастродуоденита за период с 2018–2019 г. Пациенты были разделены на 2 возрастные группы: 1) больные дети в возрасте 7–11 лет с ХГД: 10 мальчиков и 10 девочек, средний возраст 9,4 лет; 2) больные дети в возрасте 12–15 лет с ХГД: 10 мальчиков и 10 девочек, средний возраст 13,7 лет. У всех детей с диагнозом ХГД проводили сбор жалоб и выявляли наличие *Helicobacter pylori* методом хелик-теста и с помощью набора для иммуноферментного анализа.

Проведен сравнительный анализ эффективности применения двух схем эрадикации при лечении ХГД у детей. Первая схема включала следующую комбинацию препаратов: амоксициллин (по 250 мг 2 раза в день) + кларитромицин (по 250 мг 2 раза в день) + омез (по 20 мг 1 раз в день). Эффект указанной комбинации сравнивали с действием на *Helicobacter pylori* схемы, которая также включала амоксициллин (по 250 мг 2 раза в день) и кларитромицин (по 250 мг 2 раза в день), а вместо омеза применяли нексиум по 20 мг 1 раз в день. Указанная терапия проводилась детям, больным ХГД, в течение 10 дней, а затем повторно выполняли хелик-тест и иммуноферментный анализ для определения *Helicobacter pylori*.

Результаты исследования. При анализе жалоб пациентов установлено, что в обеих возрастных группах детей, больных ХГД, основным синдромом – болевой. Больные описывали боли как интенсивные, приступообразные, локализованные в эпигастрии, иррадиирующие в околопупочную область, возникающие натощак, в том числе и ночью.

Между группами достоверных различий по количеству детей с жалобами на болевые приступы не выявлено. Другие жалобы: тошнота, рвота, слабость, нарушения стула.

При сравнении клинической эффективности примененных схем установлено, что проведение эрадикации с использованием комбинации препаратов: амоксициллина, кларитромицина и нексиума, оказывало существенно больший терапевтический эффект, чем использование комбинации препаратов: амоксициллина, кларитромицина и омеза. В обеих возрастных группах достоверно снизилось количество жалоб на боль, тошноту, рвоту и нарушение стула. Но, если при применении комбинации антибиотиков и омеза, 50% больных детей и после лечения предъявляли жалобы на боли и диспепсические нарушения, то в группе, получавшей антибиотики и нексиум, таких пациентов оказалось только 20%.

При проведении хелик-теста и иммуноферментного анализа показано, что при применении первой схемы с использованием омеза количество случаев выявления *Helicobacter pylori* сократилось со 100% до 40% в первой возрастной группе, и до 30% - во второй возрастной группе. При лечении детей с ХГД по схеме с включением нексиума число случаев выявления *Helicobacter pylori* составило 10% в обеих возрастных группах.

Таким образом, при сравнении двух схем эрадикации у детей обеих возрастных групп показана большая фармакологическая эффективность использования комбинации амоксициллина, кларитромицина и нексиума.

Выводы. У детей в возрасте от 7 до 15 лет с хроническим гастродуоденитом *Helicobacter pylori* выявляется в 100% случаев.

Наиболее эффективной комбинацией препаратов для проведения эрадикации у детей, больных хроническим гастродуоденитом, оказалась следующая: амоксициллин по 250 мг 2 раза в день, кларитромицин по 250 мг 2 раза в день, нексиум по 20 мг 1 раз в день, в течение 10 дней. При ее применении количество случаев выявления *Helicobacter pylori* по данным хелик-теста и иммуноферментного анализа составило 10%.

АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Ляшев А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Из всех форм гепатита аутоиммунный гепатит является наиболее сложным заболеванием. Дебют аутоиммунного гепатита может наблюдаться в любом возрасте, при этом женщины болеют в 8 раз чаще мужчин. Несмотря на то, что аутоиммунный гепатит сравнительно редкое заболевание, частота заболеваемости в настоящее время возрастает.

Актуальным остается поиск эффективных средств терапии аутоиммунного гепатита, что позволит улучшить прогноз заболевания и качество жизни больных.

Цель исследования - анализ особенностей клинического течения аутоиммунного гепатита (по данным гастроэнтерологического отделения БМУ «КОКБ»).

Материалы и методы исследования. История болезни, амбулаторная карта больной Б., 41 года с диагнозом аутоиммунный гепатит с высокой степенью активности, находящейся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении БМУ «КОКБ».

Клинический случай (включая диагностический поиск с подробным предоставлением результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, лечение и последующее ведение). Больная Б. поступила в гастроэнтерологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на снижение работоспособности, слабость, ноющую боль в крупных и мелких суставах, неприятные ощущения в левом подреберье, связанные с увеличением селезенки.

Результаты исследования. Из анамнеза известно, что пациентка болеет с сентября 2019 года, когда после погрешностей в питании, появилась тяжесть в эпигастральной области, а затем (через 2 дня) желтушное окрашивание склер. 19.09.2019 г. обратилась в поликлинику по месту жительства. При обследовании установлена гипербилирубинемия (224,5-47,7-176,8 мкмоль/л); повышение активности aminотрансфераз (АЛТ 1680 ЕД/л, АСТ 1290 ЕД/л), гамма-глутамил-трансферазы 124 ЕД; щелочной фосфатазы 186 ЕД.

С 20.09.19 по 3.10.19. проводилось стационарное лечение в ОКИБ им. Семашко, где были исключены вирусные гепатиты. С диагнозом острого гепатита неясной этиологии была направлена на консультацию гастроэнтеролога в областную консультативную поликлинику КОКБ. От предложенной госпитализации в гастроэнтерологическое отделение отказалась по семейным обстоятельствам. Была назначена метаболическая терапия в течение 2 месяцев (гептрал 400 мг по 2 таблетки 2 раза в день).

В связи с ухудшением состояния пациентка была госпитализирована в больницу ООО «РЖД» с диагнозом: острый гепатит неясной этиологии. Проводилась терапия глюкокортикоидами в дозе 60 мг в день с положительным эффектом. Рекомендована длительная терапия: 1) диета №5 на протяжении одного месяца; 2) инфузионная терапия внутривенно капельно (глюкозо-солевые растворы, трентал 5,0 мл, витаминотерапия (В1, В6 по 2,0 мл); 3) урсосфальк внутрь по 2 капсулы 3 раза в день на протяжении месяца; 4) гептрал по 400 мг 2 раза в день в течение 1 месяца, а также наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства. Установлено увеличение уровня билирубина - 224,5 мкмоль/л за счет прямого и непрямого билирубина, трансаминаз: АЛТ - 1680 ЕД/л и АСТ - 1290 ЕД/л, гамма-глутамил-трансферазы - 124 ЕД, щелочной фосфатазы - 186 ЕД.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет. Аллергоанамнез не отягощен. Аутоиммунных заболеваний у ближайших родственников не было.

Данные объективного обследования: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации определяется увеличение печени на 2 см ниже края реберной дуги, край печени плотный, гладкий, заостренный. Селезенка увеличена на 8-10 см. При проведении биохимического исследования на фоне 5 сеансов терапии преднизолоном установлена значимая положительная динамика: уменьшение концентрации билирубина в плазме до 24,0 мкмоль/л, АСТ - до 82,7 ЕД, АЛТ - до 226,7 ЕД. При проведении УЗИ брюшной полости выявлены: изолированная спленомегалия, отсутствие портальной гипертензии, небольшая дилатация селезеночной вены. Скорость кровотока в сосудах печени и селезенки изменена.

При проведении биопсии ткани печени установлено: отсутствие фиброза, сохранность гистоархитектоники печеночных балок, незначительное расширение портальных трактов, лимфоплазмочитарная инфильтрация, выходящая за пределы терминальной пластинки, развитие мостовидных некрозов, инфильтрация холангиол, отсутствие признаков холестаза, что соответствует аутоиммунному гепатиту. Концентрация железа, меди и церулоплазмينا в сыворотке крови нормальная. Для уточнения диагноза исследованы антитела к митохондриям, компонентам цитоплазмы – тест положительный.

Выводы. В клинической картине аутоиммунного гепатита превалирует спленомегалия.

Развитие аутоиммунного гепатита сопровождается выраженным цитолитическим и холестатическим синдромами. Проводимая иммуносупрессивная терапия аутоиммунного гепатита позволяет контролировать течение заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ МЕЛАТОНИНОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ляшев А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Развитие эндотелиальной дисфункции наблюдается при различных видах патологии, включая сердечно-сосудистые заболевания, хроническую почечную недостаточность, эндокринную патологию, прежде всего, сахарный диабет. Она проявляется спазмом артериол вследствие дисбаланса сосудосуживающих и сосудорасширяющих факторов, усилением свертывания крови и агрегации тромбоцитов (Петрищев Н.Н., Власов Т.Д., 2003). Важную роль в развитии эндотелиальной дисфункции при сахарном диабете играют гипергликемия и нарушение полиолового пути метаболизма глюкозы, инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, активация протеинкиназы С, повышение концентрации проатерогенных и снижение концентрации антиатерогенных липопротеидов, активация перекисного окисления липидов, повышение вязкости крови, нарушение барьерной функции эндотелия (Тюренок И.Н. и др., 2013). Несмотря на значимые успехи в лечении и профилактике эндотелиальной дисфункции поиск новых средств для ее коррекции сохраняет свою актуальность. В этой связи особый интерес исследователей вызывает эпифизарный гормон мелатонин, который обладает уникальной совокупностью свойств. Он проявляет антиоксидантное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие, предупреждает нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (Арушанян Э.Б., 2012, Арушанян Э.Б., 2013, Перцов С.С., 2011).

Цель исследования – изучение влияния мелатонина на развитие эндотелиальной дисфункции при экспериментальном сахарном диабете.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 32 крысах-самцах Вистар массой 210-240 г. 8 животных оставались интактными, остальные моделировали сахарный диабет, путем однократного внутривенного введения раствора стрептозотоцина (фирма «Сигма-Алдрич, США») в дозе 45 мг/кг. По данным Спасова А.А. введение стрептозотоцина вызывает гибель бета-клеток островков Лангерганса. Спустя 72 часа в крови животных определяли содержание глюкозы глюкозооксидазным методом с использованием набора Глюкоза-ФКД (Россия). Для дальнейших экспериментов использовали крыс, у которых уровень глюкозы был 12 ммоль/л и выше.

Были сформированы 4 группы экспериментальных животных по 8 особей в каждой: 1) интактная (без моделирования сахарного диабета); 2) контрольная – моделирование сахарного диабета и введение физиологического раствора; 3) опытная группа №1 – моделирование сахарного диабета и введение мелатонина; 4) опытная группа №2 – моделирование сахарного диабета и введение сулодексида. Мелатонин вводили экспериментальным животным 1 раз в день внутримышечно в дозе 1,0 мг/кг в течение 28 дней в объеме 0,5 мл физиологического раствора. Указанная доза была выбрана на основании данных литературы (Перцов С.С., 2011, Арушанян Э.Б., 2013). В качестве препарата сравнения был использован сулодексид (коммерческий препарат весел дуз ф (фирма «Альфасигма С.п. А», Италия), который применяли внутримышечно в дозе 30 ЕВЛ (единицы высвобождения липопротеидлипазы) в течение 28 дней в объеме 0,5 мл физиологического раствора. Контрольным животным аналогично внутримышечно вводили физиологический раствор. Животных выводили из опыта на 28 сутки эксперимента. В крови животных измеряли концентрацию фактора Виллебранда с помощью стандартных наборов фирмы «Ренам» (Россия). Метод определения основан на его способности вызывать агрегацию тромбоцитов в присутствии антибиотика ристоцетина (ристоминина). Способность к такой агрегации сохраняется у тромбоцитов после их фиксации формальдегидом, когда полностью утрачивается реакция на другие индукторы агрегации. Количество в крови десквамированных клеток эндотелия определяли по методу, предложенному Петрищевым Н.Н. и соавт. (2001). Метод основан на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами с последующим осаждением тромбоцитов с помощью аденозиндифосфата.

Исследования проводили с соблюдением положений, изложенных в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации о гуманном отношении к лабораторным животным (2000 г.), директивы Европейского сообщества (86/609ЕС).

Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты исследования. У контрольных животных на 28 сутки эксперимента отмечается увеличение количества десквамированных эндотелиальных клеток в 3,06 раза по сравнению с интактной группой ($p < 0,001$). У крыс с сахарным диабетом, получавших мелатонин в дозе 1,0 мг/кг ежедневно в течение 28 дней внутримышечно, установлено снижение количества десквамированных эндотелиальных клеток на 15,3% по сравнению с животными контрольной группы ($p < 0,001$). При введении сулодексида также наблюдалось уменьшение циркулирующих в крови десквамированных эндотелиальных клеток на 16,7% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). У крыс контрольной группы установлено повышение концентрации фактора Виллебранда в 1,92 раза по сравнению с интактными животными ($p < 0,001$). У крыс с сахарным диабетом, получавших мелатонин, установлено снижение концентрации фактора Виллебранда на 28,7% по сравнению с животными контрольной группы ($p < 0,001$). При применении сулодексида отмечено уменьшение концентрации фактора Виллебранда на 26,8% ($p < 0,001$). При этом не установлено статистически

достоверных различий в изучаемых показателях между животными с сахарным диабетом, получавшими мелатонин или сулодексид. Представленные результаты указывают на наличие у мелатонина корректирующего действия на развитие эндотелиальной дисфункции. Ранее показано, что мелатонин обладает сосудорасширяющим действием, снижает артериальное давление, ограничивает развитие атеросклеротического процесса, улучшает агрегационные свойства крови, подавляет процессы перекисного окисления липидов, снижает продукцию провоспалительных цитокинов. Установлено, что мелатонин подавляет продукцию эндотелина-1 и его рецептора, а также эндотелиального сократительного фактора. Ранее показано, что мелатонин стимулирует продукцию самого эффективного вазодилататора оксида азота при блокаде активности эндотелиальной NO-синтазы. Также есть данные об усилении продукции простагландинов тромбоцитами под влиянием мелатонина. Присущие мелатонину свойства позволяют отнести его к соединениям, обладающим вазопротекторным действием. Также перспективным представляется использование мелатонина в комбинации с известными вазопротекторами для коррекции эндотелиальной дисфункции.

Выводы. 1. При сахарном диабете у экспериментальных животных наблюдается развитие эндотелиальной дисфункции, что проявляется повышением количества циркулирующих десквамированных клеток эндотелия и концентрации фактора Виллебранда в крови.

2. Применение мелатонина в дозе 1,0 мг/кг массы тела ежедневно в течение 28 дней корректирует эндотелиальную дисфункцию у крыс с экспериментальным сахарным диабетом.

КОРРЕКЦИЯ МЕЛАТОНИНОМ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ляшев А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Сахарный диабет – грозное, широко распространенное заболевание, которое характеризуется повреждением стенки сосудов и развитием эндотелиальной дисфункции. Общеизвестно, что именно эндотелиальная дисфункция является основной причиной развития сосудистых осложнений сахарного диабета, которые часто приводят к смерти пациентов. Одним из проявлений эндотелиальной дисфункции является нарушение антитромботических свойств эндотелия и усиление продукции гемостатических факторов.

В настоящее время показано, что эпифизарный гормон, обладает широким спектром гомеостатических эффектов, включая корректирующее действие на развитие эндотелиальной дисфункции, что проявляется нормализацией продукции эндотелина и оксида азота, подавлением перекисного окисления липидов в сосудистой стенке. Однако влияние мелатонина на антитромботические свойства эндотелия при сахарном диабете остается малоизученным.

Цель исследования – оценка антитромботических свойств мелатонина при экспериментальном сахарном диабете.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 30 крысах-самцах Вистар массой 200-220 г. Сахарный диабет моделировали однократным внутривенным введением крысам стрептозотоцина в дозе 45 мг/кг. Для дальнейших исследований отбирали животных, у которых через 72 часа после введения стрептозотоцина концентрация глюкозы в крови была более 12,0 ммоль/л.

Мелатонин растворяли в физиологическом растворе и вводили семикратно один раз в день внутривенно в дозе 500 мкг/кг. Животным контрольной группы применяли 0,9% раствор хлорида натрия по аналогичной схеме.

На 28 сутки эксперимента у животных определяли следующие показатели: протромбиновое время, тромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время и концентрацию фибриногена в плазме. Результаты обработаны статистически, достоверность различий сравниваемых величин оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. У крыс с сахарным диабетом отмечалось снижение протромбинового времени, тромбинового времени и активированное частичное тромбопластиновое время на 21%-30% по сравнению с интактной группой. Установлено увеличение концентрации фибриногена в 1,8 раза.

Введение мелатонина в дозе 500 мкг/кг крысам с сахарным диабетом оказывало корректирующее влияние на изучаемые показатели. Показано повышение по сравнению с контрольной группой протромбинового времени на 19,6% ($p < 0,05$), тромбинового времени на 24,2% ($p < 0,05$) и активированное частичное тромбопластиновое время на 29,8% ($p < 0,01$) и падение концентрации фибриногена на 23,6% ($p < 0,01$).

Полученные результаты подтверждают данные литературы о нарушении антитромботических свойств эндотелия при экспериментальном сахарном диабете. Одним из ведущих механизмов повреждения эндотелия при этом заболевании является активация перекисного окисления липидов. Активация перекисного окисления липидов обусловлена развитием гипоксии, повреждением и отеком митохондрий, расстройством окислительного фосфорилирования, а также нарушением механизмов антиоксидантной защиты сосудистой стенки. Повреждение эндотелия приводит к обнажению субэндотелиального слоя, нарушением структуры коллагена, что провоцирует адгезию и агрегацию тромбоцитов.

Применение мелатонина приводило к повышению антитромботической способности эндотелия и улучшению показателей, характеризующих реологические свойства крови: протромбиновое время, тромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, а также снижению концентрации фибриногена в плазме крови. По нашему мнению, это связано с антиоксидантным, антигипоксическим, противовоспалительным и мембраностабилизирующим действием мелатонина. Ранее показано, что мелатонин не только проявляет антиоксидантные свойства, но и потенцирует действие других антиоксидантов, предупреждает развитие патогенетических изменений, вызывающих активацию перекисного окисления липидов.

Выводы. Моделирование сахарного диабета вызывает снижение тромбинового времени, протромбинового времени, активированного частичного тромбопластинового времени и повышение концентрации фибриногена в плазме, что указывает на нарушение реологических свойств крови и антиромботической активности эндотелия.

Применение мелатонина у животных с сахарным диабетом вызывает увеличение тромбинового времени, протромбинового времени, активированного частичного тромбопластинового времени и снижение концентрации фибриногена, что указывает на корригирующее действие гормона на развитие эндотелиальной дисфункции.

ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СТРЕССА

Ляшев А.Ю., Сериков В.С.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: В последние годы установлено, что эпифизарный гормон мелатонин является важным компонентом антистрессорной системы организма. Мелатонин оказывает регулирующее влияние на стресс-лимитирующие системы мозга, в первую очередь ГАМК- и дофаминергические структуры (Coloma F.M., Niles L.P., 1998), снижает стресс-индуцированную активацию гипоталамо - гипофизарно - надпочечниковой системы (Арушанян Э.Б., Бейер Е.В., 2012), подавляет вызванную стрессом активацию перекисного окисления липидов (Арушанян, Э.Б., 2012, Dominguez-Rodriguez A. et al., 2012). Совокупность уникальных свойств мелатонина делает перспективным использование синтетических аналогов гормона в клинической практике (Арушанян Э.Б., 2013, Арушанян Э.Б., 2014, Ермоленко К.С. и др., 2013, Bubenik G.A., Konturek S.J., 2011, Dominguez-Rodriguez, A. et al., 2012).

Цель исследования – изучение гепатопротективного действия мелатонина при остром и хроническом стрессе у животных.

Материалы и методы. В работе использован синтетический препарат мелатонина (фирма «Sigma-Aldrich», США). Мелатонин применяли в следующих дозах: 0,2 и 1,0 мг на 1 кг массы тела. Используемый препарат растворяли в физиологическом растворе и вводили крысам внутривенно в объеме 0,2 мл ежедневно в течение 5 суток после моделирования острого шестичасового иммобилизационного стресса. Контрольным животным после стрессорного воздействия аналогично вводили физраствор. Острый шестичасовой иммобилизационный стресс моделировали путем фиксации животного на спине на специальном столике. Животных выводили из эксперимента спустя 39 часов, 4 и 7 суток после окончания иммобилизации.

В качестве модели хронического стресса использовали длительный иммобилизационный стресс, который воспроизводили, помещая животных ежедневно в течение 12 дней на 6 часов в камеры малого объема, ограничивающие их подвижность, без доступа к пище и воде (Непорада К.В. и др., 2003). Животных выводили из эксперимента на 12 сутки эксперимента.

Активность аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, концентрацию общего белка и альбуминов в плазме крови определяли традиционными методами.

Результаты проведенных исследований подвергались статистической обработке. Вычисляли средние арифметические значения и их стандартные ошибки. Существенность различий средних величин оценивали по показателю Стьюдента.

Результаты исследования. Обращают на себя внимание выявленные нами особенности угнетения белковосинтетической функции печени у крыс, подвергнутых стрессу. Если у животных через 39 часов после иммобилизации наблюдается снижение содержания общего белка, а концентрация альбуминов уменьшается только через 4 суток после воздействия, то у особей после 12-суточного хронического стресса отмечается снижение концентрации альбуминов, а содержание общего белка не изменяется. По нашему мнению, снижение белка в плазме крови через 39 часов после острого стресса связано, в первую очередь, с усилением протеолиза. Нарушение белковосинтетической функции как раз и проявляется падением альбуминов, но оно наблюдается только спустя достаточное время. По данным литературы мелатонин проявляет своё влияние при применении в дозах от 0,5 до 10 мг/кг (Перцов С.С., 2011). Как показано в нашей работе, гормон способен ограничивать развитие стресс-индуцированных поражений печени при его многократном введении в дозе 0,2 мг/кг, однако такой эффект наблюдается при значительной выраженности повреждения.

Результаты исследования открывают перспективы клинической апробации и дальнейшего использования мелатонина как эффективного средства предупреждения стресс-индуцированных поражений печени. Полученные в работе данные могут быть использованы для получения новых лекарственных средств – синтетических аналогов мелатонина, которые могут использоваться для коррекции патологии, связанной с активацией ПОЛ, нарушением функциональной активности и морфологическими изменениями печени.

Выводы. Моделирование стресса сопровождается развитием цитолитического синдрома, что проявляется увеличением активности АЛТ и АСТ. При стрессе отмечается нарушение белковосинтетической функции печени, падение содержания общего белка и альбуминов в разные сроки постстрессорного периода. Применение мелатонина преимущественно в дозе 1,0 мг/кг предупреждает стресс-индуцированное угнетение белковосинтетической функции печени. Использование мелатонина снижает выраженность цитолитического синдрома, развивающегося при стрессе.

АНЕВРИЗМА СЕРДЦА КАК ОДНО ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ляшев А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Несмотря на современные достижения медицины, последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом сердечно-сосудистых заболеваний в структуре населения. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной инвалидизации и смерти в развитых странах, ассоциированы с высокими экономическими затратами и представляют существенную нагрузку на мировое здравоохранение. Одну из лидирующих позиций занимает инфаркт миокарда. Отмечается неуклонный рост заболеваемости инфарктом миокарда среди лиц молодого и среднего возраста. Несмотря на снижение госпитальной летальности, общая смертность от этого заболевания остается высокой, достигая 40-60%. В период пребывания больного в стационаре врачи должны регулярно оценивать

прогноз ИМ и степень риска, что позволит улучшить клинические исходы ИМ и снизить затраты на лечение. Прогноз у больных ИМ определяется, главным образом, наличием или отсутствием осложнений, развивающихся на разных этапах заболевания. В связи с этим изучение структуры осложнений ИМ в различных аспектах продолжает иметь большое значение. Особое внимание следует уделять ранним осложнениям, поскольку именно они являются главной причиной смерти больных.

Цели исследования:

1. Оценить количественную структуру осложнений инфаркта миокарда. Определить их влияние на прогноз данного заболевания.
2. Проанализировать случаи с аневризмой сердца.
3. Выявить влияние острой аневризмы сердца на прогноз у больных с инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование историй болезни 410 пациентов, госпитализированных в сосудистый центр ОБУЗ «Курская городская клиническая БСМП» г. Курска в 2018 году. Критерии включения: наличие постинфарктных осложнений. При проведении исследования среди 867 пациентов, поступивших за 2018 год в сосудистый центр, больных с инфарктом миокарда было выявлено 410. При анализе историй болезни госпитализированных пациентов была выявлена следующая количественная структура осложнений: пациентов с развившимся шоком – 62 человека, из них 45 человек имели неблагоприятный исход; пациентов с острым левожелудочковым отеком – 104 человек, 25 пациентов с тяжелыми аритмиями, из них с летальным исходом 8 человек; пациентов с аневризмой – 41 человек, из них умерло – 18 человек; развитие стенокардии наблюдалось у 38 пациентов; пациентов с фибрилляцией желудочков 12, из них 6 человек умерло; пациентов с аритмогенным шоком 14, из них 6 человек умерло; пациентов с развитием разрывов и тампонад – 10 пациентов. Известно, что у 57 пациентов с развившейся аневризмой сердца сопутствовала артериальная гипертензия.

Результаты исследования. Первое место среди осложнений инфаркта миокарда занимает острый левожелудочковый отек, на втором месте – шок, аневризма левого желудочка на третьем месте по встречаемости, четвертое место – летальные аритмии, реже этих осложнений встречаются аритмогенный шок, фибрилляции желудочков и разрывы сердца.

Из всего числа госпитализированных в сосудистый центр (867 больных -100%) – 47,2%(410 пациентов) имели инфаркт миокарда, из этого числа больных аневризма сердца развилась у 14,39% (59 человек). Первое место по количеству летальных исходов имеет шок, на втором месте – аневризма левого желудочка, на третьем – разрывы сердца, возникшие вследствие трансмурального инфаркта миокарда, на четвертом месте – тяжелые летальные аритмии, фибрилляция желудочков и аритмогенный шок занимают пятое место. Из пятидесяти девяти человек (100%) с аневризмой сердца у пятидесяти четырех человек (91%) имела место артериальная гипертония. Что имело прямое влияние на возникновение данного осложнения. Из этого можно сделать вывод что артериальная гипертония является фактором риска для развития постинфарктной аневризмы сердца.

Результаты данного исследования показали, что третье место среди осложнений инфаркта миокарда занимает аневризма сердца, среди летальных исходов она занимает 3 место. У 91% больных с аневризмой сердца имела сопутствующая артериальная гипертензия, что говорит о необходимости более тщательной коррекции артериального давления, особенно у лиц, входящих в группу риска по развитию осложнений инфаркта миокарда.

Выводы. 1. Аневризма левого желудочка – осложнение острого инфаркта миокарда, занимаемое третье место по частоте развития. 2. Третья часть больных с острой аневризмой имели неблагоприятный исход течения болезни. 3. Одним из факторов, влияющих на частоту развития аневризмы и прогноз данной патологии можно считать сопутствующую артериальную гипертензию.

ПСИХИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Мамажонова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время у клиницистов не вызывает сомнений высокая корреляция психических и соматических факторов в развитии инфаркта миокарда.

Целью настоящего исследования явилось изучение психопатологических расстройств у больных с инфарктом миокарда.

Для решения поставленных задач нами было проведено клинко-психопатологическое обследование больных с острым инфарктом миокарда, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиник АГМИ за 2017-2020 гг. Психопатологические расстройства были обнаружены у 88 больных (м-57, ж-31), что составляет 75,2% от этого числа и полностью соответствует литературным данным.

Результаты исследования. Результаты клинко-психопатологического метода исследования тематических больных были подтверждены статистической обработкой по методу Стьюдента.

В результате проведенного исследования установлено, что наиболее часто встречались следующие расстройства: тревожная мнительность (38 больных, 43,2%) аффективные нарушения невротического круга (28 больных, 31,8%) и кардиофобия (22 больных, 25,0%).

Аффективные нарушения невротического круга (31,8%, $p < 0,05$) укладывается в рамки тревожной депрессии или субдепрессивных состояний со сверхценными идеями и уходом в болезнь на фоне соматогенной астении. Ипохондрические расстройства после перенесенного инфаркта миокарда формируются всегда в структуре астенических и астено-депрессивных состояний с аффективной неустойчивостью, интеллектуальной истощаемостью.

Причем, тревожная боязливость, ожидание повторного ангинозного приступа сохраняется длительное время. У этих больных (43,2%, $p < 0,05$) появляются неуверенность в себе, своих силах, повышена мнительность в отношении своего состояния и будущего здоровья.

Особую клинику имеет кардиофобия (25,0%, $p < 0,05$). При этом суживаются интересы больного, Весь внутренний мир фокусируется в области большого сердца. Эти больные эгоцентричны, боятся малейшего движения, отказываются даже от дыхательной гимнастики.

Выводы: Применение рациональной психотерапии, трициклических антидепрессантов в сочетании с терапевтическим лечением ускоряет выздоровление больных, уменьшает осложнения в стационаре, предупреждает инвалидизацию, способствует социальной реабилитации больных с инфарктом миокарда.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПЕРТОНИИ

Мамажонова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Тревога известна каждому. Многие испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога является наиболее часто встречающимся психическим расстройством в общемедицинской сети.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике гипертонии.

Материалы и методы исследования. В клинике АГМИ в терапевтическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин 18 (45 %), мужчин 22 (55 %).

Результаты исследования В группе этих больных было отмечено нежелательное расстройство: часто встречающимся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца, тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, первый объективными признаками (учащенное дыхание, мышечное напряжение, дрожь и т.п.), второй психовегетативный (снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения). Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний.

Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с диагнозом «гипертонии» и получали соответственно терапевтическую помощь. Но особого эффекта от лечения не получали, так как все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревога, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов,

После назначения даже малых доз психотропных препаратов, состояние 27 (67,5 %) больных улучшилось в первую неделю, исчезли тревога.

Вывод. В связи с этим целесообразнее назначение психотропных препаратов в терапевтической практике.

КЕКСА ВА ҚАРИЛАРДА СУРУНКАЛИ НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎЗГАРТИРИБ БЎЛАДИГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИ ТАРҚАЛИШИ

Мамасолиев Н.С., Мавлонов Н.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти

Бухоро давлат тиббиёт институти

Мақсад: Кекса ва қари ёшлиларда сурункали ноинфекцион касалликларнинг асосий хавф омиллари қаторига қирувчи ўзгариб борадиган хавф омилларини тарқалишини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Илмий тадқиқот иши Бухоро шаҳрининг 4-ОП, 7-ОП ва 10-ОП аҳолиси орасида олиб борилди. Тадқиқотлар давомида ўрганилган жами беморлар сони 550 кишини ташкил этиб уларнинг 245 нафари (44.5%) эркакларни ва 305 нафари (55.5%) аёлларни ташкил этди. Хавф омилларини борлигини ўрганиш мақсадида ЖССТнинг юкумсиз касалликлар хавф омилларининг эпидемиологик мониторинги бўйича STEPS саволномасидан фойдаланиб сўров ўтказилди. Шунингдек, беморларда антропометрик текширувлар, қон биокимёвий таҳлил ўтказилди.

Натижалар: Олинган натижаларга кўра ўрганилган аҳолининг 119тасида (21.6%) қачон бўлса чекиш каби зарарли одат бўлганлиги ва 58 кишида (10.5%) ҳозирда ҳам сигарета чекиш каби хавф омиллари мавжуд эканлиги аниқланди. Нос чекиш каби хавф омилларининг мавжудлиги ўрганилганда 86 (15.6%) кишида ушбу зарарли одат бўлганлиги ва ҳозирда респондентларнинг 53 (9.6%)тасида ҳозирда ҳам ушбу хавф омиллари мавжуд.

Алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиш ҳолати таҳлили шуни кўрсатдики 289 (52.5%)кишида умри давомида ушбу зарарли одат бўлганлиги ва ҳозирги кунда 104 (18.9%) анкета олинганларда спиртли маҳсулотлар истеъмол қилиш каби зарарли одатлар мавжуд. Шунингдек пациентларда мева ва сабзавотлар истеъмол қилиниши ўрганилди ва унга кўра 268 (48.7%) та анкета олинганлар бир ҳафтада 3 кунгача мева маҳсулотларини истеъмол қилади, сабзавот маҳсулотларини (картошқадан ташқари) истеъмол қилиш регулярлиги ҳолати эса нисбатан яхшироқ бўлиб текширилувчиларнинг 93 (16.9%) таси сабзавот маҳсулотларини ҳафтасига 3 кунгача истеъмол қилади.

Овқат таркибида ишлатиладиган ёғ маҳсулотларини ўрганилганда 110 (20%) бемор зарарли ҳисобланувчи ёғларни овқат тайёрлашда кўп ишлатиши қайд этилди. Озиқ-овқат маҳсулотларига тузнинг ишлатилиши кўриб чиқилганда 158 (28.7%) анкеталанувчиларда тайёр овқатга тузни ёки ҳар доим ёки тез-тез ишлатилиши мавжуд эканлиги аниқланди. Шунингдек 115 (20.9%) нафар респондентлар таркибида туз миқдори кўп бўлган маҳсулотларни (гўшт ва балиқ дудламалари, колбаса, тузланган чўчка ёғи, тузламалар, консервалар, шўр сузма, шўр қурут, шўрданак, тузли қовурилган картошка (чипси)) ёки доим ёки ҳафтасига 3 кунгача истеъмол қилишини айтишди.

Жисмоний фаолликни баҳоланганда респондентларнинг 233 (42.3%) тасида умуман жисмоний фаоллик йўқлиги яъни 10 минут ва ундан кўпроқ вақт давомида ҳаракатланиш йўқлиги аниқланди.

Шу билан бирга анкета олинганларда охириги 3 йил давомида ҳудудий тиббий муассаса ходимлари томонидан куйидаги 6 масалада маслаҳат берилганлиги ҳолати таҳлил қилинди:

1. Тамаки маҳсулотларини истеъмол қилишдан воз кечиш ёки умуман бошламаслик—241 (43.8%) пациентларга бу масалада маслаҳат берилмаган;
2. Овқатда туз миқдорини камайтириш—238 (43.2%) респондентга бу масалада маслаҳат берилмаган;
3. Хар куни камида беш порция мева ва/ёки сабзавотлар истеъмол қилиш—298 (54.1%) анкеталанганларга мева ва сабзавотлар истеъмолининг меъёрлари ҳақида гапирилмаган;
4. Овқатда ёғ миқдорини камайтириш—144 (26.1%) нафар сўровдагиларга овқатдаги ёғ масаласида охириги 3 йил давомида тушунтириш берилмаган;
5. Жисмоний машқлар билан шуғулланишни бошлаш ёки жисмоний ҳаракатни кўпайтириш—266 (48.3%) сўралганларга айтилмаган;
6. Тана вазнини бир меъёрга ушлаш—136 (24.7%) кишига бу масала хусусида тушунтириш берилмаган.

Хулоса: Бухоро шаҳридаги 4-ОП, 10-ОП ва 7-ОПларнинг кекса ва қари ёшли аҳолиси орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг ўзгартириб бўладиган хавф омилларининг тарқалганлиги ўрганилганда, меваларни етарли миқдорда истеъмол қилмаганлиги аниқланди ва бу кўрсаткич 48.7%ни ташкил қилди. Кейинги ўринда, 42.3% пациентларда деярли умуман жисмоний фаоллик йўқлиги аниқланди.

Бирламчи тиббий санитария бўғини врачлари ва ўрта тиббий ходимларининг ушбу масалага кўпроқ эътибор беришлари ва махсус компьютер дастурлари асосида назорат олиб боришни йўлга қўйилиши муаммонинг ечилишида ёрдам бериши мумкин.

Ўзгартириб бўладиган хавф омилларига таъсир кўрсатиш, яъни уларни бартараф этиш кексалар ва қариялар умрини сезиларли даражада ўзгартириш имконини беради.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАК НАУЧНАЯ ОСНОВА СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОЛОГИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

*Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Исмоилов И.И., Усмонова Ф.Т.
АндГосМИ, Андижан*

Эпидемиологические подходы к снижению заболеваемости и смертности закреплены в целом ряде официальных документов и рекомендаций ВОЗ и ООН [WHO, 2012]. С другой стороны, следует отметить, что данные вопросы в современных исследованиях изучены далеко недостаточно. Нами проведенный метоанализ различных исследований в разных мира показал что полученные результаты применяются неунифицированные и нестандартизованные методы подчас противоречивы и приводят к трудносопоставимым закономерностям. В подавляющем большинстве регионах мира, в том числе и в Узбекистане особенно в популяции пожилого и старческого возраста, невыяснено еще до конца, - какой региональный/эндемический фактор риска являются приоритетным в возникновении хронических неинфекционных заболеваний [ХНЗ] и континуума от них?! Однако, нами проведенные исследования в гт Андижана и Бухоры достаточно ясно показало, что их можно предвидеть в стадии предболезни и принимать эффективные профилактические программы по отложению к пациентам НИЗ или к определенному контингенту населения в группах низкого, среднего, высокого и очень высокого риска. Наш опыт работы профилактическими программами в последние 3 года очень активно реализуются среди населения пожилого и старческого возраста. В результате постоянной реализации комплексных мер в регионах Андижана и Бухары распространенность факторов риска в некоторых группных обследованных ХНЗ стала снижаться. На этом фоне стало появляться геронты – коренные жители. Приводим пример: Б.Умарова, жительница Бувайдинского района Ферганской области, родилась 1 – января 1895 года, 125 лет. Путём непосредственных контактов и консультаций по мобильному телефону осуществляется меры первичной и вторичной профилактики ХНЗ. Клиническое заключение: Sapius, в группе среднего риска, польный контроль модифицируемых факторов риска, самая старая жительница – геронт женщина планеты...

Таким образом, поднятая в данном исследовании проблема в настоящее время во всем мире, безусловно, стала весьма приоритетной, актуальной и самое главное, по нашему опыту – в условиях Узбекистана вполне режимой. Для этого необходимы специальные научно – практические подходы, прежде всего, базированные на результаты эпидемиологических исследований и активной профилактики.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ (В ПРИМЕРЕ ИЗУЧЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА)

*Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.
АндМИ и БухМИ МЗРУз*

Наше проспективное наблюдение и результаты, полученные в ходе многолетних эпидемиологических исследований в гт. Андижана и Бухары, позволяют делиться опытами в области планирования и осуществления подобных научных направлений в регионах страны. Следует особо подчеркнуть, что по непонятным нам причинам популяция старшего поколения (в 60-64 и 65-74 летних возрастных диапазонах) практически оставались вне поле зрения современных эпидемиологических и профилактических исследований. По этой причине именно у данной группы населения оказались достаточно объемных популяционных недоучетов и нераскрытых досихпор крайне необходимых для дифференцированной и эффективной профилактики ХНЗ актуальных научных проблем.

Так, по нашему анализу, подтверждается, что среди популяции пожилого и старческого возраста регионов стараны не определены «специфические» факторы и не осуществлены скрининговые методы коррекции факторов риска

ХНЗ. Проводимые профилактические меры реализуются на основании клинической/официальной статистики, что крайне отрицательно отражается в прогнозах и/или «твердых точках» от ХНЗ. Мы считаем, по результатам полученных нами на уровне популяции, что нужна работающая в каждом конкретном регионе страны концепция факторов риска ХНЗ и профилирования их среди пожилого населения.

Наши исследования также показали, что в регионах страны, в примере Андижана и Бухары, есть очень большие возможности для проведения эпидемиологических исследований ХНЗ и факторов риска их развития у людей пожилого и старческого возраста: а) именно эти регионы одними из первых в стране, вступившим на путь ведущий к профилактике; б) учёными регионов в превентивном содержании проводятся разного типа эпидемиологические исследования по единому плану и стандартизованными подходами; в) на местах работают подготовленные и зрелые специалисты в области превентивной медицины; г) в этих регионах сформирован научный потенциал по эпидемиолого – профилактическим исследованиям.

Нами разработаны несколько научных программ по изучению распространенности ФР ХНЗ среди населения пожилого и старческого реализуется программа НИР по изучению эпидемиологии, клинического течения и особенностей профилирования ХНЗ с разработкой механизмов борьбы с ними среди популяции старшего поколения, проживающих в регионах. По нашим расчетам, использование базы данных этих исследований на практике будет позитивно отразиться на уровне ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения пожилого возраста.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НЕИН-ФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А., Мамасалиев З.Н.
АндГосМИ и БухМИ РУз*

Неинфекционные заболевания (НИЗ) стали одной из востребованных проблем современной науки и практической медицины. Они являются причиной 75% всех смертей взрослого населения и сегодня 60 всем мире наблюдается тенденция роста этих патологий.

Цель исследования – изучение и оценка современных путей решения существующих проблем хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы – метаанализу подвергались результаты современных многоцентровых рандомизированных, эпидемиологических, клинических, профилактических, фармакоэпидемиологических, фармако-экономических и климатобиоритмометеорологических исследований, осуществляемые отечественными и зарубежными исследователями.

Результаты и выводы: из опыта большого числа стран мира следует, что три стратегии профилактики – популяционная, стратегия высокого риска и вторичная профилактика позволяет в течение 15-20 лет снизить смертность от НИЗ в два и более раз. При этом вклад профилактических мер, существенно менее затратных в сравнении с лечебными, обуславливает успех более чем на 50%. Считается приоритетным и необходимым усиление научных разработок по профилактике НИЗ в следующих направлениях: 1) изучение региональных преждевременной смерти, инвалидности и причин высоких затрат здравоохранения среди всех слоев населения, в том числе у людей пожилого и старческого возраста; 2) эпидемиологическое, клиническое и профилактическое исследование среди населения с целью выявления ранних предикторов и региональных особенностей течения и профилактики современной атеросклеротической болезни; 3) изучение внезапной смерти среди населения от НИЗ; 4) изучение связи мировой распространенности НИЗ и “конечных точек” от них с образом жизни и модифицируемыми факторами риска; 5) реализация научных программ путём контроля/модификации факторов риска НИЗ как среди населения без признаков НИЗ, так и среди больных неинфекционными патологиями.

В реализации мер скрининговой профилактики, что осуществляется в наших исследованиях в регионах Бухары и Андижана Узбекистана, выделяется два основных направления действий – формирование здорового образа жизни населения (в том числе у людей пожилого и старческого возраста) и ранняя диагностика НИЗ и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией.

Роль такого подхода, особенно у популяции – пожилых людей по нашим данным и прогнозам, в борьбе с “интервенцией” НИЗ очень велика.

ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

*Мадумарова З.Ш., Ходжибеков М.Х.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Введение. По данным ВОЗ заболеваниями суставов болеют более 10% населения земного шара. По частоте поражения на первом месте стоит тазобедренный сустав (42,7%), на втором — коленный (33,3%), на третьем — плечевой (10,8%), на остальные суставы приходится 13,2% . Более того, прогноз на 2020 год обещает удвоение числа заболевших остеоартрозом в различных возрастных группах, особенно среди лиц, старше 50 лет.

С появлением новых технологий лечения костно-суставной патологии возникла потребность в объективных диагностических критериях, отражающих стадии патологического процесса, при этом, в настоящее время актуально применение неинвазивного, воспроизводимого и относительно экономически доступного метода диагностики. Методика ультразвукового исследования тазобедренных суставов широко известна. Однако диагностических критериев некоторых заболеваний тазобедренных суставов для взрослых не было разработано, вследствие этого была нерешенной проблема объективной оценки спектра выявляемых патологических изменений.

Цель исследования: усовершенствование дифференциальной диагностики воспалительных и дегенеративных заболеваний тазобедренного сустава у взрослых на основании данных ультразвукографии и доплерографической оценки регионального кровотока.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели была обследована контрольная группа, разработаны нормативные таблицы сонографических признаков тазобедренных суставов и доплерографических показателей в латеральных огибающих артериях бедра при неизменных суставах. Контрольную группу составили 24 здоровых пациента (женщин). В основной группе пациенты были распределены в зависимости от стадий коксартроза. Всем пациентам было проведено рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. При комплексном ультразвуковом исследовании пациентов оценивались толщина гиалинового хряща, наличие или отсутствие внутрисуставного выпота, толщина фиброзной капсулы, форма головки бедра, размеры остеофитов (при их наличии). Кроме этого, при воспалительном поражении тазобедренного сустава ведущими сонографическими критериями являются: увеличение пиковой систолической скорости кровотока до - 32,0 см/сек., конечной диастолической скорости кровотока до - 0,3 см/сек., и снижение индекса периферического сопротивления до - 0,65, в сочетании с увеличением толщины фиброзной капсулы. Сонографическими признаками наличия коксартроза являются: прогрессирующее снижение скоростных показателей кровотока в латеральных огибающих артериях бедра и прогрессирующее истончение гиалинового хряща, наличие краевых остеофитов, нарушение формы и контура головки бедра.

Вывод: В связи с вышеизложенным важное диагностическое значение приобретает применение комплексного исследования тазобедренных суставов методом ультразвукографии и ультразвуковой доплерографии для дифференциации кокситов и коксартрозов у взрослых людей.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГЕЛИОМЕТЕОТРОПНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С УЧЁТОМ ЧИСЛА ВОЛЬФА

*Маликов Т.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев З.Н.
АндГосМИ и АФ РНЦЭМП, Андижан*

В доступной литературе есть работы, где отмечена гелиометео-чувствительность урологических больных. Такая довольно бурная и ятрогенная реакция предшествует за 1-2 дня до изменения метеогелиообстановки, и 2-3 дня после нее. И вообще, мы убедились в том, что специальные исследования по изучению геомагнитных возмущений на организм в болезненном состоянии не означает его существования, а ставит вопрос о необходимости их проведения.

С целью оценки степени выявляемости гелиометеотропных реакций при острых урологических заболеваниях (ОУЗ) с учётом числа Вольфа осуществлялось проспективное клиникометеогелиобиологическое наблюдение у 1046 больных с ОУЗ в условиях отделений АФ РНЦЭМП.

Отметим, что для сравнения наших исследований в изученном регионе, вообще нет работ, посвященных изучению клинического течения острых урологических заболеваний в связи с гелиогеофизическими факторами.

Мы анализировали частоту выявляемости гелиометеотропных реакций у больных с ОУЗ в связи с изменениями /колебаниями числа Вольфа. Из наших данных видно, что в течение всего периода клинко-метеогелиобиологического наблюдения выявляемость гелиометеотропных реакций у больных ОУЗ напрямую зависела от числа Вольфа (W). Так, в дни низкого и высокого числа Вольфа (r/R) от ≤ 29 до 173-201 r/R частота гелиометеотропных реакций с субъективными проявлениями у больных ОУЗ выявлена с разницей на 33,1 ($r=+0,87$; $p<0,001$). Гелиометеотропные реакции со физикальными симптомами в связи с колебаниями числа Вольфа также выявлялись с разницей в частоте на 35,2% ($r=+0,77$; $p<0,001$). Симптомы ОУЗ со стороны мочи в зависимости от колебаний числа Вольфа, в дни увеличения и уменьшения определялись с разницей на 34,5% ($r=+0,88$; $p<0,001$).

Интересно, но факт, что у больных ОУЗ при разных уровнях колебаний числа Вольфа высокой частотой и разницей на 28,6% регистрируются желудочно-кишечные симптомы ($r=+0,61$; $p<0,05$). «Биохимические реагирование» у больных ОУЗ на число Вольфа в виде гелиометеотропных реакций наблюдались с разницей 35,3% ($r=+0,78$; $p<0,001$) и, в целом распространенность этих реакции в зависимости от выраженности числа Вольфа подтверждается с разницей на 34,1% ($p<0,001$; $r=+0,88$).

«Клиническая депрессия», все таки, существенно большинстве случаев связана с периодами увеличения солнечной активности, с днями увеличения числа Вольфа.

ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ НЕОТЛОЖНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С УЧЕТОМ КОЛЕБАНИЙ МЕТЕОСИНОПТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

*Маликов Т.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Мамасолиев З.Н.
АндГосМИ и АФ РНЦЭМП, Андижан*

В различных географических условиях распространенность основных неинфекционных заболеваний, в том числе, неотложные урологические патологии (НУЗ) характеризуются специфическими особенностями. Поэтому данные вопросы также остаются особенно актуальными в географоклиматических условиях Ферганского региона Узбекистана. Поскольку нами ранее было установлено, что климато-физико-географические условия Андижана приобретает характер резконтинентальный. Для данного региона характерны периодические колебания основных метеорологических элементов, зависящие от общего хода развития атмосферных процессов в том или ином отрезке времени.

Цель исследования: определение географических аспектов течения основных неотложных урологических заболеваний с учетом колебаний метеосиноптических процессов.

Материалы и методы: в условиях АФ РНЦЭМП наряду с клинико-метеорологическими наблюдениями в течение 3-х лет у 1046 больных с НУЗ проводились клинико-инструментальные, биохимические, функциональные и по показаниям специальные исследования: при обращении в скорую помощь, при поступлении в стационар, в период ухудшения клинического течения заболевания, связанного с изменениями погоды и в период ухудшения метеоподгодных ситуации.

Результаты и выводы: установлено, что колебания климатометеосиноптических процессов оказывают существенное отрицательное влияние на формирование и течение НУЗ в условиях Андижана. Там, в зависимости от выраженности колебаний метеосиноптических процессов исследуемого региона НУЗ в течение лишь одного месяца определяется с разницей до 19,1% ($r=+0,94$; $p<0,01$). Более патогенными месяцами оказались январь, февраль и декабрь.

Для дифференцированной профилактики ещё один, нами установленный факт, сравнительно патогенными сезонами являются зима и весна; разные сезоны года НУЗ определяются с разницей более чем в 2,5 раза и/или на 20,8% ($p<0,01$; $r=+0,85$).

В течение года предполагаемый уровень риска развития НУЗ возрастает в 8 раз (при повышении влажности воздуха), до 24,1% (при увеличении солнечного сияния) и до 15,9% (при повышении температуры воздуха).

Такая форма метеохронопрофилактики и хронотерапии нами рекомендована для практического использования.

УРОЛОГИК ВА НЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ МЕТЕОЭЛЕМЕНТЛАРНИ ХИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА КАМАЙТИРИШ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

*Маликов Т.Н., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Мамасолиев З.Н., Абдурахмонов Б.М., Хамраев О.А.
АндДастИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси шароитида урологик ва нефрологик касалликларни (УрНефХ) биоиклимий хусусиятларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: водий шароитида 2364 та УрНефХ билан беморларда касалланишнинг қайталаниши частоталари (уч йил давомида ойлар бўйича ва суткани 4 ораллиги-интервалида) метеорологик элементларни тебранишлари таъсирларини ҳисобга олиб ретротахлил қилинди, проспектив янги кузатувлар учун илмий сабоблар чиқарилди. Таққослаш жараёнида маълумотлар қўлланилиб тахлилий хулосалар чиқарилди.

Натижа ва хулосалар: УрНефХ қайталанишлари асосий метеоэлемент-атмосфера босимининг (АтБ) ўзгаришлари билан боғлиқликда 0,3 фоиздан то 26,0 фоизгача етиб ($АтБ \leq 945\text{мм}$ ва $\geq 971\text{мм}$ бўлганда) ортиб боради ($r=+0,85$; $p=0,01$).

Мазкур хасталикларни энг паст кўрсаткичлари (6,4 фоизга етмасдан) ҳаво нисбий намлигининг (ХНН) 46,0 фоизга етмасдан тебраниб туришида аниқланади ва кейин эса, унинг то 47-73 фоизгача етиб кучайишида УрНефХ қайд қилиниши ҳолатлари 43,6 фоизга кўпаяди. ХНН ушбу хасталикларга бевосита таъсир этувчи салбий хатар омил сифатида кузатилади ва унга алоқадорликда УрНефХ ошиб бориш хавфи 37,2 фоизгача, яъни деярли 9 баробарга ортади ($p<0,001$).

Қуёш ёғдусининг таъсирини ортиб боришига мувофиқ ҳолда ҳам УрНефХ ни ортиб бориши кузатилади: бундай “Ўсиш” 1,42 фоиздан (омил таъсири 1,3 соатдан кам давом этганда) то 17,4 фоизгача (омил таъсири 11,7 соат ва ундан зиёд таъсир этганда) етиб кузатилади, яъни хасталикни аниқланиш частотаси 12,3 мартага ортади ($r=+0,79$; $p<0,01$).

Ҳаво ҳарорати ҳам фақат паст даражаларида эмас ($-5,3^{\circ}\text{C}$ бўлиб) балки юқори даражаларида ҳам ($25,3^{\circ}\text{C}$ дан ошиб), тебраниши кучайиши ҳисобига, УрНефХ қайталанишларини 43,5 фоизгача оширади ($p<0,01$).

Ушбулардан келиб чиқиб, уроклиматопатология ва урометео-профилактика тизимини, унинг таркибий қисми сифатида – водий шароитида такомиллаштиришни мақсадга мувофиқ деб топиш мумкин. Биз ана шундай истикболли илмий дастурни шакллантиришга ва амалга оширишга киришдик.

ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАНИЯ ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ С ХОБЛ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

*Мамасолиев Н.С., Салахитдинов З.С., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблеме сочетания липидных нарушений с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ - инфекции посвящено незначительное число, в основном, клинических исследований. Следует подчеркнуть, что новых эпидемиологических материалов практически нет и недостаточно освещены в современной литературе.

Цель исследования. Изучение распространенности липидных факторов риска с ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции/СПИДа.

Материалы и методы. Репрезентативная выборка (507 человек) сформирована с помощью специально разработанной компьютерной программы для популяционного анализа. В выборку для эпидемиологического исследования включались все ВИЧ - инфицированные лица, отвечающие критериям отбора. При диагностике ХОБЛ и факторов риска (липидных нарушений) использовались рекомендации ВОЗ (2003).

Результаты и выводы. У женщин и мужчин ВИЧ - инфицированных отмечены следующие тенденции в уровнях распространенности липидных нарушений: гиперхолестеринемия выявлена с частотой - 29,7% и 36,8% соответственно у женщин и мужчин ($P>0,05$), гипертриглицеридемия отмечена на уровнях - 26,2% и 34,4% ($P<0,05$).

С возрастом возрастного диапазона наблюдалось равномерное увеличение распространенности изученных липидных факторов риска ХОБЛ у ВИЧ - инфицированных: гиперхолестеринемии - с 25,8% (20 - 29 лет) до 50,0% (в 60 - 69 лет) или в 1,9 раз, на 24,2% ($P<0,05$); гипертриглицеридемии - с 23,9% до 50,0 %, на 26,1% или в 2,1 раза ($P<0,01$).

С целью популяционного подтверждения факта наличия связи липидных факторов риска с ХОБЛ у ВИЧ - инфицированных и оценку степени этих связей было проведено изучение связи гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии с ВИЧ - ассоциированной ХОБЛ. Как следует из данных наших исследований, при наличии

гиперхолестеринемии у ВИЧ - инфицированного населения относительная вероятность наличия ХОБЛ увеличивается в 1,9 раз ($P<0,05$), а при наличии гипертриглицеридемии - в 3,1 раз ($P<0,01$).

Итак, на риск развития ВИЧ - ассоциированного ХОБЛ, по нашим анализам, достаточно чувствительный вклад несут липидные нарушения.

АСОСИЙ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА МЕТЕОТРОПЛИ РЕАКЦИЯЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК, КЛИНИК ВА ХРОНОБИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ (КЕРАТОПАТИЯЛАР МИСОЛИДА)

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Утанов З.М.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Офтальмологияда метеотропни реакцияларни тавсифларини тадқиқ қилиш ақтуал илмий йўналиш ҳисобланади. Чунончи, метеогелиоомиллар кўз касалликларини тарқалиши ва кўпайишига кучли таъсир этувчи хатар омил сифатида қабул қилина бошланганлиги тадқиқотчилар томонидан кенг муҳофиза қилинаётганлиги адабий маълумотлардан маълум бўлмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади – кератопатиялар мисолида асосий кўз касалликлари билан беморларда метеотропни реакцияларни (МР) эпидемиологик, клиник ва хронобиологик тавсифларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: уч йиллик клинко-метеорологик текширув халқаро миқёсда тавсия этилган усуллар қўлланилиб бажарилди. Жами 464 та кератопатия билан (эркаклар – 53,2 фоиз ва аёллар – 46,8 фоиз) беморлар водий шароитида комплекс (клиник, инструментал, эпидемиологик, инструментал, биоиклимий) текширувдан ўтказилди (15-19 ёшда – 9,1 фоизи, 20-29да – 12,7 фоизи, 30-39да – 15,9 фоизи, 50-59да – 15,7 фоизи ва 60дан ошганлар – 26,6 фоизи).

Натижалар ва хулосалар: кератопатиялар мисолида тасдиқландики, кўз касалликларини даволаш ва профилактикасида метеотафаккурлаш, метеопрофилактика ва метеотропни реакцияларни барвақт прогнозлашга асосланган алгоритмларга асосланган тизим офтальмологик муаммоларни ечишда муҳим ўринни эгаллайди ва замонавий амалиётни мажбурий қисми сифатида уни қабул қилиш – зарурий ва эҳтиёж саналади.

Бизнинг натижаларимиз исботладилар-ки, метеоэлементлар тебраниб туришларида офтальмологик метеореакциялар – асосан кўрувни ёмонлашуви, блефароспазм, кўз гиперимияси, кўз оғриқлари ва умумий беҳоллик ҳамда уйқуни бузилиши қабилар билан ифодаланишади: кўрувни ёмонлашуви – 25,0 фоизгача кўз гиперимияси – 18,9 фоизгача, кўз оғриғи – 24,5 фоизгача, блефароспазм – 22,3 фоизгача; умумий беҳоллик – 20,5 фоизгача ва инсомния – 20,2 фоизгача этиб ифодаланадилар.

Метеопатик таъсирчанликни улканлаштирадиган фаслларни ажратиш мумкин бўлди. Қиш – 21,4 фоиз ($p<0,01$), ёзда – 20,9 фоиз ($p<0,01$) ва кузда – 17,9 фоизгача ($p<0,05$) кучайиб аниқланади.

КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ИҚЛИМИЙ – ЖЎҒРОФИЙ ОМИЛЛАР

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Утанов З.М.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотчилар томонидан иқлимий-жўғрофий омилларни (ИЖО) турли касалликлар тарқалиши рва клиник кечишига таъсирларини ўрганишга даъват қилинишни тобора ортаётганлигидан илмий манбалар шаҳодатлик бермоқдалар. Шу нуқтаи назардан Фарғона водийсининг иқлимий-жўғрофий тавсифланиши эътиборни ўзига тортади. Водийнинг жўғрофий жойлашуви – тоғлар орасидаги чуқурликни тимсоллайди, фақат биргина жанубий томонидан 8-10 км энликда очик қолиб Далварзин чўлига туташиб туради. Иқлимий – ўзгарувчан ва кескин континентал деб эътироф этилади.

Тадқиқотнинг мақсади – кўз касалликларининг ривожига сабаб бўлувчи иқлимий-жўғрофий омилларни аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: кератит мисолида эпидемиологик объект ва клинко-метеорологик кузатув учун ажратилган 464 та беморлар, Г.М.Данишевский бўйича уч йиллик мониторинг ва “динамик назорат картаси” ҳамда Спирмен усули билан натижаларни таҳлил қилиб ўрганиш.

Натижалар ва хулосалар: кератит мисолида исботини топди-ки, Фарғона водийсининг жўғрофий, кескин континентал ва ўзгарувчан иқлимий шароитида ИЖО бевосита таъсиротлари сабаб бўлиб кўз касалликларини (КК) кенг тарқалиши хавфи ортган. КК келиб чиқиши ва шиддатланиб офтальмологик “охирги нуқта”ларни келтириб чиқариш хавфлари маҳаллий иқлимий шароитнинг метеорологик омилларига тўғридан – тўғри алоқадорликда ортади. Иқлимий патоген таъсиротлар клиник кўринишларни ўзгариб ифодаланишларига ҳам олиб келади яъни метеотаъсирчанлик ҳам кўшилишиб офтальмосимптом ва синдромлар маълум даражада кескинлашадилар.

Хусусан, биргина қуёш ёғдусининг таъсири ва давомийлигининг тебранишларини ортиши билан блефароспазм, кўз қизариши ва баҳолланиш ёки уйқусизлик каби симптомлар 3 баробардан зиёдга ортади ($p<0,01$).

Маҳаллий метеоомилларни кучли тебраниб туришлари КК аҳоли орасида кўпайтиради ва уларни хатар омиллар сифатида ҳисобга олиб даволаш ва профилактика амалиётини ўзгартириб бориш, сўзсиз, фойда келтиради. Бу борада прогнозлаш алгоритмларини ва профилактик дастурларни кенг амалиётланиб борилишини юқори тиббий технологияларни самарасига тенг натижа берувчи фаолият деб баҳолаш мумкин бўлади.

МУГУЗ ПАРДА ЯРАСИНИ ХРОНОБИОЛОГИК ВА КЛИМАТОБИОРИТМОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Утанов З.М.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – мугуз парда ярасининг (МПЯ) хронобиологик ва климатобиоритмологик хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: уч йиллик клиникометеорологик кузатувда 464 та беморлар комплекс эпидемиологик, клиник, биоиклимий ва офтальмологик текширув усуллари қўлланилиб тадқиқот қилинди.

Натижалар ва хулосалар: МПЯ йилнинг 4 фаслида 40,0 фоизгача етиб тафовутланиб ёки салкам 11 баробарга кўпайиб, термик режим тебраниб туришига боғлиқ ҳолда, аниқланади. Масалан, киш фаслида – 43,5 фоиз ва кузда ҳам шунга (43,5 фоиз) етиб ўсиш билан қайд этилади ($\chi^2=0,92$, $p<0,001$). Лекин баҳор ва ёз маълум даражада саноген омил бўлиб унга нисбатан кузатилади. Бу ойларда МПЯнинг тарқалиш даражаси кескин, ҳаво хароратига боғлиқ бўлиб, камаяди: тарқалиш частотаси мувофиқ бўлиб – 8,7 фоиз ва 4,3 фоиздан ошмасдан қайд этилади ($p<0,05$). Проспектив клиникометеорологик мониторингда яна тасдиқландики МПЯ частотасини ортиш ва симптомларини авжланиб ифодаланишлари йилнинг барча мавсумларида энг кўп атмосфера босими амплитудасининг 1-6 мб ва 7-14 мбга етиб тебраниб туришларида, ҳаво хароратининг $+7^{\circ}\text{C}$ дан то $+20^{\circ}\text{C}$ гача етиб тебраниб туришларида ва куёш ёғдусининг 9,2 – 10,4 соатдан то 13,1 – 14,3 соатгача тенг бўлиб ўзгариб туришларида кузатилади.

Демак, таҳдидлар шаходатлик беради-ки, иклимий-метеорологик шароитлар билан МПЯни келиб чиқиши ва авжланиб кетиши ўртасида узвий-тўғри чизикли корреляцион боғланишлик бор. Даволаш ва профилактик тадбирларни ташкил этишда ушбуларни эътиборга олинса мақсадга мувофиқ бўлади.

Йилнинг турли ойлари кесимида ҳам метеобосим билан МПЯ “оволаниши” ўртасидаги боғланишлик сақланиб қолишлиги олинган натижаларда эътиборимизни тортди.

Хуллас, МПЯ тарқалиш даражаси энг юқори ойлари бўлиб ноябрь (21,7 фоиз), февраль (17,4 фоиз), декабрь (17,4 фоиз) ва сентябрь (13,0 фоиз) ҳисобланади. Икки баробардан ошикроққа етиб МПЯни камайиши октябрь (8,7 фоиз), январь (8,7 фоиз) ва март (8,7 фоиз) ойларида тўғри келади ($p<0,01$). Апрель, май, июнь ва июль ойларида касаллик умуман қайд этилмаслиги (0,0%) ҳам диққатни алоҳида жалб қилади. Касалликни “қайтадан пайдо бўлиш муддати” августга тўғри келади: оз частота билан бошланиб (4,3 фоиз) кейинги ойлари сари кўпайгандан – кўпайиб боришда давом этади ($\chi^2=0,96$; $p<0,001$).

ХРОНОПРОФИЛАКТИКА, ХРОНОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОНАЗОРАТ УЧУН ИНФЕКЦИОН КЕРАТИТНИ ТУРЛИ МЕТЕОШАРОИТЛАРГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА РИВОЖЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – инфекцион кератитнинг турли метеошароитлар таъсирида ривожланиши ва клиник кечишининг фаслий ҳамда ойлик хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 10 йиллик клинко-метеорологик кузатувга 464 та беморлар жалб қилинди. Комплекс клиник ва махсус офтальмологик текширувлардан фойдаланилди. Деряпа ва Данишевский усуллари қўлланилиб биоиклимий – метеорологик шароитлар, уларни инфекцион кератитга боғланишлик даражалари баҳоланди.

Натижалар ва хулосалар: инфекцион кератит йил давомида метеоомилларни (куёш ёғдуси – КЁ, барометрик босим 8 – ББ, ҳаво нисбий намлиги – ХНН ва ҳаво харорати – ХХ) ўзгариб туриши туфайли “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари билан кузатилади. Зеро, метеоомиллар патогенлиги яққол намоён бўлаётганлиги қуйидагича тасдиқланади. ҚЁнинг ўзгаришларида инфекцион кератитни “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари – 28,1 фоиз ва 3,5 фоиздан ($p<0,001$), ББда – 51,8 фоиз ва 1,5 фоиздан ($p<0,001$), ХННда – 34,4 фоиз ва 24,6 фоиздан ($p<0,05$) ва ХХда – 18,6 фоиз ва 1,7 фоиздан ($p<0,0001$). Биз ушбу натижаларни 10 йил ўтиб қандай ўзгарганлигини кузатдик ва бу даврда инфекцион кератитни “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари ўзгача қайд этилди: КЁ таъсири туфайли – 10,7 фоиз ва 21,1 фоиздан ($p<0,05$), ББда – 47,7 фоиз ва 3,8 фоиздан ($p<0,001$), ХННда – 37,5 фоиз ва 21,1 фоиздан ($p<0,05$) ва ХХда – 47,1 фоиз ва 5,9 фоиздан ($p<0,001$).

Ойлар бўйича инфекцион кератит тарқалиш частотаси қуйидагича аниқланади: январда – 14,7 фоиз, апрелда 4,7 фоиз, майда – 3,1 фоиз, июнда – 7,8 фоиз, июлда – 7,8 фоиз, августда – 7,8 фоиз, сентябрь – 3,1 фоиз, октябрда – 4,7 фоиз, ноябрда – 7,2 фоиз, декабрда – 19,4 фоиз. Ушбу рақамлар профилактиканинг барча турлари бажариш учун “озука” бўлиб хизмат қилади.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ, БУЙРАК САНЧИҒИ ВА НЕФРОКАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК КЕЧИШЛАРИ ТЕРМОРЕЖИМГА БОҒЛИҚМИ?: ИЛК НАТИЖАЛАР ВА КЕЛАЖАККА САБОҚЛАР

*Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Бобоев Р.А., Мамасолиев З.Н., Хамраев О.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон*

Превентив урология илк кўринишлари ўтган асрнинг 30-чи йилларида клиник “тиббиёт-урология-нефрология” ва эпидемиологияни туташувидан келиб чиқди. Ушбу янги йўналиш замонавий урологияни бир “шаҳобчаси” кам ўрганилган қисми бўлиб метеозкологик ва иклимий омилларни уронефрологик касалликларга таъсирларини тадқиқ қилишга қаратилган. Ҳозиргача аниқланганки уронефрологик касалликлар ҳолатида бўлган инсон организмга иклим

сезиларли даражада таъсирини ўтказди; ургент вазиятларда бўлса-айниқса метеомиллар ва уларнинг турли фаслларда тебраниб туришлари “ўзларини кўрсатадиллар”.

Тадқиқотнинг мақсади-уронефрологик(УрНФ) касалликларни (сийдик йўллари инфекцияси, буйрак санчиғи ва гломерулар касалликлар) хаво хароратининг (ТР) ўзгаришларига боғлиқ холда асосий клиник кўринишларини таҳлил қилиб ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар:проспектив клиник –метеорологик кузатув, УрНФ тасдиқланган 2364та беморлар ва Данишевскийнинг махсус усулидан фойдаланиб “метеорологик омилларни 1-чи сафида турувчи” термик режим билан УрНФ асосий клиник кўринишлари (УрНФКК) ўртасидаги боғлиқликни ўлчаш.

Натижа ва хулосалар:ретротахлил шубҳасиз кўрсатдики ТР анча кучли патоген ва прогностик омил бўлиб УрНФККга таъсир кўрсатади. Демак, глобал исиш асрида бунга ўта жиддий эътибор қилинишига ўз-ўзидан, хозирданок, зарурият ва эҳтиёж пайдо бўлган.

Исботини кўриниши, УрНФКК термик режимни ортиб бориши интервалларида ва тебраниши кучайишларида ортиб боради. Унга боғлиқ холда клиник статус ва умумий ҳолат 28.7 фоизгача оғирлашади ёки шиддатли тус олиб ёмонлашади($p<0,05$; $r=+0,57$).

ТРни $\leq -8,7^{\circ}\text{C}$ гача даражада бўлиши ва тебраниб туришда УрНФКК частотаси 0.3 фоизни ташкил қилади, “ $-4,9^{\circ}\text{C}$ га ошиш ва тебраниб туришида” -21.8 фоизни ($p<0,001$), “ $+5,0-11,7^{\circ}\text{C}$ га ошишда” -17,9 фоиз ($p<0,01$), “ $+11,8-18,5^{\circ}\text{C}$ га ошишда” -25,1 фоиз ($p<0,001$) ва “ $+28,7^{\circ}\text{C}$ дан ошганда” -24,7 фоизга етиб кучаяди ($p<0,001$).

Олинган маълумотлардан келиб чиқиб, иссиқ иқлим шароитида термик омилни уро-нефрологик касалликларга давомли таъсирларини ўрганиб бориш ва мувофиқ уронефропрофилактик тизимини амалиётга тадбиқ этиб туриш йўналишида тадқиқотларни давом эттириш режалаштирилди.

УРОЛОГИК ВА НЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН МИЖОЗГА ЗАМОНАВИЙ ТАВСИФ: МЕТЕОКЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИК НИГОҲ

*Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – айрим иқлимий метеомилларнинг таъсири остида урологик ва нефрологик касалликларнинг (УрНефХ) клиник кечиши хусусиятларини аниқлаш ва улардан янги илмий йўналишларни яратишда фойдаланишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: водий иқлими кескин континенталь деб тавсифланади ва ушбу шароитда 2364 та УрНефХ билан беморларда хаво нисбий намлигининг (ХНН) касаллик кечишига таъсири таҳлил қилинди. Умум қабул қилинган метеоэлементларни ўрганиш усулларида фойдаланилди. Биоиклимий баҳолаш маҳаллий гидрометеомарказ билан ҳамкорликда бажарилди.

Натижа ва хулосалар: урологик ва нефрологик касалликлар водий шароитида кенг тарқалиш билан ифодаланадилар ва бизнинг натижаларимизга кўра бунда иқлимий жараёнларни ўзгаришлари ва аиниқса, ХНН каби метеомилларни иштироки аниқ кўзга ташланади. Шу боис мазкур метеомилга эътиборни қаратдик ва алоҳида таҳлил қилиб чиқдик.

Чунончи тасдиқланди-ки, УрНефХни энг кўп учраб турадиган симптомлари – бел соҳаси оғриқлари, буйрак санчиғи, Пастернацкий аломати, кардиаль симптомлар(тахикардия, юрак ўйноғи, хансираш, юрак оғриқлари, босим ортиши), шишлар, дизурия, полиурия, олигоурия ва характерли сийдик симптомлари, ХНН паст ва юқори кўрсаткичларида тебраниб туришлари туфайли статистик ишончли тарзда кучаядилар ва кўпайиш частоталари билан мувофиқ кузатиладилар.

Ушбу зарурият юзага келганлиги учун рақамли таҳлилларни кўринишига эътибор қаратдик ва тасдиқланди-ки, ХНН энг паст даражасида ва энг юқори даражасида қийсланганда қайд қилинган клиник белгилар 12,8 фоиздан (ХННни 46,0 фоиздан кам даражасида) 29,5 фоизгача (ХННни 80 фоиздан ортиққа етиб кескинлашганда) кучайишадилар. Тўғри корреляцион боғланишли бор ва ХНН ни патоген таъсири остида беморлар ҳолатини оғирлашуви УрНефХ туфайли 2,3 баробарга ёки 16,7 фоизга ошади($p<0,001$).

Биз, водийнинг бир неча ҳудудларида ва аҳолининг кенгрок кўламида, жумладан, фермерлар популяциясини ҳам жалб қилиб, олинган таҳлиллардан келиб чиққан холда махсус илмий дастурни режалаштирдик ва мақсадли, “мўлжалли” метеоклиникопрофилактика системасини УрНефХ га нисбатан ишлаб чиқишга киришдик.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭКОВОЗДЕЙСТВИЯ ПОВЫШЕННОЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА С ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ НА РАЗВИТИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.
АнДГосМИ и АФ РНЦЭМП, Андижан*

В нашей стране подчеркивается приоритетность профилактического направления реформы здравоохранения. Исследователи многих стран также указывают на важность конкретизации профилактической работы как вид профессиональной деятельности, например, с учетом метеопрогнозирования, для каждого медицинского работника.

Цель исследования- изучить и оценить влияния повышенной влажности воздуха с гипертермической гипоксией (ПВГТ) на развитие урологических заболеваний.

Материалы и методы: исследуемый регион Ферганской долины представляет собой огромную межгорную впадину, со всех сторон окружен горами и на западе соединяется с Дальварзинской степью. В данном регионе, в условиях АФ РНЦЭМП по данным скорой помощи, терапевтических, реанимационных и урологических отделений осуществлено 3-х летнее клинико-метеорологическое наблюдение у 421 мужчин и 625 женщин с урологическими заболеваниями (УЗ).

Материал анализировался за каждый день, сутки, месяц, сезон и год. Применялся количественный метод анализа заболеваемости по Н.Р. Деряпа и соавт. и определялась «ритмичность» УЗ.

Результаты и выводы: под отрицательным воздействием ПВГГ (повышения влажности воздуха на более чем 92-100%) частота УЗ увеличивается в 25 раз или на 31,3% ($\chi^2=0,85$; $p<0,01$). С увеличением ПВГГ частота выявляемости почечной колики возрастает в 22,8 раза или 32,8% ($\chi^2=0,98$; $p<0,001$); с повышением ПВГГ выявляемость острого цистита увеличивается также более чем на 27,3% ($\chi^2=0,96$; $p<0,001$); доброкачественная гиперплазия предстательной железы при повышенных значениях ПВГГ регистрируется с возрастанием на 50,0% ($\chi^2=0,87$; $p<0,01$); нефроуретролитиаз на 35,5% ($\chi^2=0,76$; $p<0,05$).

В целом, в ходе многолетнего клинко-метеорологического проспективного мониторинга выявлена связь УЗ и ПВГГ, УЗ отмечались с повышенной выявляемостью при высоких уровнях ПВГГ.

ВЛИЯНИЕ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: В ФОКУСЕ РАЗРАБОТКА НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕТЕОГЕЛИОПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Хамроев О.А., Маликов Т.А.
АнДГосМИ и АФ РНЦЭМП, Андижан*

С целью разработки новых технологий метеогелиопротекции (МГП) урологических заболеваний (ОУЗ) в условиях Ферганской долины осуществлялось трехлетнее клинко-метеорологические и хронобио-логические исследования у 1046 больных с острыми урологическими заболеваниями. Регион Ферганской долины (Андижан), подверженный мониторингу по климато-клиникобиотритмологическим особенностям в целом отражает климата Узбекистана и оказывает патогенное влияние на развитие и течение ОУЗ. Применялись унифицированные И стандартизованные методы, рекомендованные ВОЗ (1990). Кроме этого, применялись специальные методы перепадов основных метео-гелиоэлементов.

Наша работа, в нашем представлении, расширяет современные знания о метеогелиофизических факторах риска и дает возможность по новому посмотреть на аспекты донозологической профилактики, диагностики и прогнозирования ОУЗ в регионах Узбекистана.

Прежде всего следует отметить, что предложена для массового применения модель метеогелиофизического прогноза, которая позволяет, во-первых, прогнозировать последствий ОУЗ с учетом гелиометеоусловий региона, и во-вторых, путем проведения ранней донозологической профилактики/диагностики уменьшить частоту госпитализаций и снизить медико-социально-экономических последствий ОУЗ.

Было выявлено, что в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины страдают с ОУЗ каждый 11-й житель 15-19 летнего возраста, каждый третий в возрасте 20-29 лет, каждый четвертый в 30-39 лет, каждый десятый и девятый больной 50-59 летнего и >60 летнего возраста ($p<0,01$). «Метео-гелиовзрыв», обусловленный резкоконтинентальным климатом Ферганской долины, способствует ухудшению эпидемио-логического, метеорологического и гелиофизического статуса в отношении ОУЗ. Проявлением негативных действий «метеогелио-возмущений» являются возрастание частота случаев выявляемости ОУЗ и увеличение выявляемости урогелиометеотропных реакций в виде субъективных (до 27,9%), объективных (до 30,7%), мочевых (до 30,8%), желудочно-кишечных (до 52,4%) и биохимических симптомов (до 34,1%).

В связи с вышеотмеченными считаем, что в разных уровнях оказания неотложной урологической-диагностической и лечебной помощи необходимо широко применять прогностические таблицы и биоклиматограммы: они являются успешными методами для ранней профилактики, донозологической диагностики и оказания неотложной помощи больным с ОУЗ. Составляемые программы профилактики ОУЗ, особенно в регионах с резкоконтинентальным климатом, должны предусматривать комплексное применения данных метеогелиопротекции-рогноза метеоклиматосиноптических процессов. Такой лечебно-прогностически-профилактический подход способствует к расширению возможностей и шансов лечения и профилактики последствий ОУЗ, особенно в условиях резкоконтинентального климата.

“СОҚОВ” ВА “ХОС” ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА АЙРИМ АХОЛИДА ХУСУСИЯТЛАРИ (ИККИ ЙИЛЛИК КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТРЕНД САБОҚЛАРИ)

*Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.
АнДГосМИ ва РНЦЭМП АФ, Андижон*

Ўткир миокард инфаркти (ЎМИ) амалиётида эпидемиологик ва профилактик тадқиқотларни етарлича эмаслиги туфайли унинг билан боғлиқ 47 фоизга етиб жиддий ва хавфли клиник вазият вужудга келади. АҚШда эълон қилинган маълумотлар бўйича “ЎМИда эпидемиологик натижалар бўйича хотирани йўқотилиши унинг истиқболлини йўқотади”, ва, қуйидагилар келтирилади: йилда ўртача 935000 ЎМИ қайд қилинади (610000 таси бирламчи ЎМИ ва 325000 таси такрорий ЎМИ), улардан 195000 тасини (21,0 фоизи) “соқов” ЎМИ ташкил этади, ҳар 37 сонияда битта инфаркт ҳолати келиб чиқади ва ягона ЎМИ оқибати сабаб бўлиб умр кўриш 15 йилга қисқаради! ЎМИ бугун ҳам аҳоли учун катта пугур етказишга давом этмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади – Андижон популяцияси мисолида “соқов” ва “хос” миокард инфарктининг аҳолининг клиник эпидемиологик тавсифларини ўрганиш ва мушоҳида қилишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: Андижон шошилини тез тиббий ёрдам марказида икки йиллик эпидемиологик – клиник тренд ўтказилди, жами 1554 та беморлар комплекс текширувдан ўтказилдилар ва ЎМИнинг халқаро миқёсда қабул қилинган ташхисий, тренд- кузатув усуллари қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар: маълум бўлдики, ЎМИ учун даволаш ва профилактика майдонлари Андижон популяциясида, унинг географик – иқлимий жихатларидан келиб чиқиб (иқлимини шаклланишида куёшнинг нурли энергияси оқими катта роль ўйнайди, хавосида юқори намлик бор, тоғдан водийга циркуляцияли шабадаси мавжуд) ўзгачароқ муносабатни талаб этади. Исботланди-ки, 67,5 фоизга етиб маҳаллий популяция - беморларда ЎМИ “соков” шаклида бир неча турланишлар билан (умуман огриксиз ёки эътибор талаб белгиларсиз, экстракардиаль кўринишлар устуворлиги, апоплексия шакли, ўткир гипотония кўриниши ва х.к.) кузатилади, “хос” шакли (status anginosus) 32,5 фоиз частотада аниқланилади ($p<0,01$). Фаол бирламчи ЎМИ профилактикасига зарурият 30 ёшгача бўлганларда 3,6 фоиз, 80 ёшдан ўтганларда унга қиёсан 25 баробарга ортиб, бизнинг таҳлилларимиз бўйича, ортади ($p<0,0001$).

Ўтирок (абориген) ва келгинди аҳоли популяциясида ҳам айнан шундай тафовутланишли ёндошувларга зарурият туғилади. Мушоҳадаланди-ки, ўтирок аҳолида ЎМИ суръати – 25,6 фоиз ва келгинди популяцияда – 33,6 фоизни ташкил этиб ифодаланади, яъни тафовутланиш даражаси 18,0 фоиз ($p<0,05$).

Демак, ушбу алоҳида жихатланишлар хусусиятларни ҳисобга олиш, шубҳасиз, ЎМИга қарашларни маълум даражада ижобий томонга ўзгартиради.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

*Мамуржанов М., Межлумов О., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов коронароангиографии (КАГ) у больных с первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 32 пациента с первичным ИМ (ИМпер.) и 30 пациентов с повторным ИМ (ИМповт.). Группы больных сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям.

Результаты. В обеих группах больных преобладали многососудистые поражения, при этом поражение 3 сосудов и более отмечалось чаще при ИМповт., особенно у мужчин (71,8%). Наличие артериальной гипертензии не влияло на многососудистость поражения коронарных артерий (КА) (75,8%). Наличие сахарного диабета (СД) нивелировало различия КА при первичном и повторном ИМ. В обеих группах реже обнаружено изолированное поражение правой коронарной артерии (ПКА), а поражение левой коронарной артерии (ЛКА) у 30% больных ИМперв. и 25% больных ИМповт. В обеих группах преобладало сочетанное поражение обеих КА: у 50% больных ИМперв. и 76% больных ИМповт. за счет более частого поражения ПКА. У больных ИМповт. чаще встречалась окклюзия КА ($p<0,05$), частота стеноза II и III степени значимо не различались ($p>0,05$). У мужчин с ИМповт., кроме поражения ПКА отмечен большой процент стеноза в среднем отделе передней межжелудочковой ветви, среднем и дистальном отделах огибающей ветви ЛКА. Диффузное поражение КА чаще выявляли у больных ИМповт.

Заключение. Коронарограммы обследованных больных характеризовались преобладанием многососудистых поражений и локализацией стенозов в ветвях обеих КА. Различия КАГ при первичном и повторном ИМ у мужчин более выражены. При повторном ИМ характерны более тяжелые поражения ПКА, большая частота окклюзий и диффузных поражений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ У ДЕВОЧЕК

*Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ*

Частота атрезий девственной плевы составляет 0,7-1,2%, а аномалий развития влагалища 1 случай на 300 новорожденных девочек. Наиболее частой причиной обращения в гинекологический стационар девочек и девушек являются варианты заращения отверстия девственной плевы или наличие перегородок влагалища, приводящие к нарушению оттока менструальной крови. Основными симптомами при аномалиях матки и влагалища, связанных с нарушением оттока менструальной крови, могут быть: циклические боли в дни менструаций, образование гематокольпоса, гематометры, гематосальпинкса (в зависимости от формы и вида порока), клиника острого живота.

Цель исследования – оптимизировать результаты хирургической коррекции при обтурации входа влагалища, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови применением крема колпотрофина.

Материалы и методы исследования: За период 2006 – 2013гг нами оперировано 27 девушек с атрезиями девственной плевы и аномалиями влагалища и нарушением оттока менструальной крови.

Обследование и хирургическое лечение проведено в гинекологическом отделении Андижанского Перинатального центра.

Всем пациенткам для уточнения диагноза и дифференциации уровня обтурации влагалища произведена УЗИ.

Результаты исследования: Болевой синдром, обусловленный нарушением оттока менструальной крови при полном заращении девственной плевы выявлен у 21 девочек. Альтерменорея (болезненные менструации) наблюдалась у 3 девушек с перегородкой влагалища, у 3 девушек с рецидивным заращением отверстия девственной плевы после произведенных хименотомий (рассечение девственной плевы).

Всем больным под местным обезболиванием раствора лидокаина 2%-2,0 мл, выполнено оперативное лечение, в зависимости от выявленной формы обтурации влагалища. У (24) девушек с атрезией девственной плевы и функционирующей нормальной маткой выполнено крестообразное рассечение химена с восстановлением отверстия для оттока менструальной крови (здесь проводилось подшивание нижнего угла рассеченного крестообразным разрезом треугольника к верхней части девственной плевы). У (3) девушек с перегородкой влагалища произведено её рассечение влагалищным доступом. В послеоперационном периоде проводилась санация влагалища раствором цитеала 1:10, с

последующим применением колпотрофина. Колпотрофин эстрогенсодержащий крем исключительно местного воздействия, улучшающий трофику тканей наружных женских половых органов.

По наблюдениям в отдаленном послеоперационном периоде у всех пациенток после хирургического вмешательства на наружных половых органах и влагалища наблюдалась нормальная менструальная функция.

Заключение: У пациенток с атрезиями девственной плевы и аномалиями влагалища и нарушением оттока менструальной крови необходима хирургическая коррекция, направленная на воссоздание оттока менструальной крови, а применение колпотрофина способствует заживлению краев раны искусственно созданного отверстия.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП) постоянно дискутируются, как в связи с частыми рецидивами, так и из-за социально-экономических проблем, обусловленных стойкими нарушениями менструального цикла и развитием гормонально обусловленных заболеваний в последующие периоды жизни, ухудшающих прогноз генеративной функции. Несмотря на проводимое лечение, включающее широкое применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК), у 32,1% МКПП носят рецидивирующий характер, что объясняет невозможность использования для всех пациенток унифицированной схемы лечения. Длительный прием подростками КОК с «противорецидивной» целью, оказывает выраженное торможение гонадотропной функции гипофиза, что осложняет восстановление нормального ритма менструаций и не устраняет основные причины заболевания. В связи с этим, дальнейшее изучение этиологии и патогенеза МКПП в аспекте нарушения регуляции менструального цикла, может помочь в дифференцированном выборе лечения. В контексте изложенного, мы решили провести сравнительную оценку влияния низкодозированных КОК на гемостаз при различной длительности лечения, направленную на профилактику рецидивов МКПП. Мы использовали КОК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, как рекомендуемые для проведения гормонального гемостаза и профилактики дальнейших рецидивов МКПП в 1 группе (13 девушек). В 1 группе гемостаз достигнут на 2-е сутки после начала лечения, суммарная гемостатическая доза этинилэстрадиола составила 120-150 мкг, что составило 4-5 таблеток. В последующие дни проводилось постепенное снижение суточной дозы до 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела (1 таблетки в сутки). Длительность приема составляла 21 день. Для профилактики рецидивов МКПП данный препарат назначался в режиме приема КОК в течение 2 последующих менструальных циклов. В целях патогенетической коррекции нарушения менструального цикла также использован фемостон 2/10, содержащий 2мг эстрадиола и 10 мг диогестерона во 2 группе (11 девушек). Во 2 группе гемостаз произошел к концу 1-х суток, суммарная гемостатическая доза эстрадиола составила 10 мг, это составило 4 таблетки. Для профилактики рецидивов кровотечений во второй группе девушек фемостон назначался в непрерывном режиме в течение 3 последующих циклов. Результаты исследования сравнивались с группой контроля (20 здоровых девочек-подростков). Таким образом, для оптимизации тактики ведения при рецидивах маточных кровотечений пубертатного периода патогенетической коррекции менструального цикла более физиологичным предпочтителен фемостон 2/10, так как препарат не тормозит овуляцию в отличие от КОКов и физиологически поддерживает менструальный цикл девочки-подростка, что особенно важно в период становления функции репродуктивной системы.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ

Дисменорея – часто встречающееся патологическое состояние, характеризующееся болезненными менструациями. В структуре гинекологической заболеваемости у девочек-подростков дисменорея занимает одно из ведущих мест. Ежемесячное ожидание боли отражается на общем самочувствии, эмоциональной и психической деятельности девушек. Дисменорея является причиной огромного количества прогулов. Обращает на себя внимание, что именно в подростковом возрасте болевой приступ сочетается у 84% девушек со рвотой, у 79,5% - с диареей, у 22,7% - с головокружением, у 13,6 – с головной болью и у 15,9% - с обмороками. По данным разных авторов, частота дисменореи колеблется в широких пределах (от 8 до 92%).

Появлению болезненных менструаций у девушек часто предшествует воздействие различной степени выраженности стрессовых ситуаций, физическое и психическое перенапряжение. Нельзя не согласиться с их мнением, что вынужденная чрезмерная занятость матери производственными проблемами в условиях недостаточного материального обеспечения семьи уменьшает внимание женщины к проблемам развития ребёнка и может провоцировать состояние хронического стресса у подростка, что ускоряет формирование дисменореи. Установлено, что на развитие дисменореи у девушек-подростков влияют профессиональная вредность и бытовой алкоголизм родителей, а также недоношенность, внутриутробное инфицирование и пренатальная гипотрофия. У девочек, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в домах и интернатах имеет место высокая частота первичной дисменореи. С позиций задержки процессов возрастной дифференцировки половых органов как фонового этиологического момента развития дисменореи вследствие алиментарных погрешностей, интоксикации и обменных нарушений в качестве факторов высокого риска развития первичной дисменореи выступают недостаточная лактационная функция, наличие анемии во время беременности и поздний возраст матери на момент родов. Во время становления менструального цикла часто встречается вторичное иммунодефицитное состояние, поэтому вовлеченный в патологический процесс выявляется не

только психоэмоциональная сфера, вегетативная нервная система, но иммунная система. При этом иммунная система является объектом «страдания» при боли и важным посредником в каскаде событий, формирующих болевой синдром. Помимо описанных выше факторов в генезе дисменореи определенное значение имеют изменения в системе минерального гомеостаза, преимущественно кальция и магния. В процессе детального изучения проблемы дисменореи обращает на себя внимание то, что у очень многих девушек с дисменореей имеются множественные проявления патологии соединительной ткани.

Для диагностики первичной дисменореи у девушек проводится проба с нестероидными противовоспалительными препаратами, одним из которых является нимесил. Больной предлагается принять препарат по 1 таблетке 3 раза в день, независимо от режима приема пищи, оценивая выраженность боли однократно в утренние часы. Проведение этой пробы даёт возможность выбрать наиболее рациональные пути последующего обследования девушек. Быстрое снижение выраженности боли и сопутствующих проявлений дисменореи в первые 3 часа после приёма препарата с сохранением положительного эффекта в последующие дни, наблюдается у девушек с идиопатической простаталгинемией. Получение подобных результатов пробы позволяет ограничить спектр обследования девушек анализом данных ЭЭГ, определением психических и эмоциональных личностных особенностей, а также определением электролитного состава плазмы крови и предотвратить необоснованную госпитализацию в отделения экстренной гинекологии девочек с дисменореей.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ

Цель работы. Выявить особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное изучение 16 историй родов женщин с ВИЧ инфекцией.

Результаты. Среди них первородящих было 7 (43,7%) и повторнородящих 9 (56,3%), ВИЧ инфекция обнаружено у 4 женщин до 13 недель беременности, что составляет 25% от общего числа обследуемых, у 6 (37,5%) от 14 до 26 недель беременности, у 6 (37,5%) после 26 недель беременности. Из соматического анамнеза выяснено, что 42,8% женщин перенесли детские инфекции, 15,7% в детстве часто отмечали простудные заболевания. Остальные 41,5% женщин имели в анамнезе пневмонию, тонзиллит, ревматизм, колит, а также вирусный гепатит А и В. С 14 недель беременности 12 (75%) женщин получали АРТ, 14 (87,5%) проведено ППМР, 1 (6%) новорожденный был на искусственном вскармливании.

Изучение акушерского анамнеза показало, что у 13,4% женщин было бесплодие, у 26,9% - выкидыши, и у 7,1% обследованных имело место мертворождение. Интергенетический интервал у повторнородящих составил у 8% обследованных 1 год, у остальных 2-3 года и более. Изучение течения беременности показало, что у 34,3% женщин в первой половине беременности отмечался ранний токсикоз в виде рвоты беременных и птолиазма. У 3 (18,5%) беременных выявлена оппортунистическая инфекция.

У 66,4% женщин ретроспективной группы за всю беременность прибавка массы тела составила в среднем $7,26 \pm 5,42$ кг, у 10,7% обследованных за время беременности прибавки в массе теле не отмечалось. Железодефицитная анемия (ЖДА) легкой степени выявлено у 7,1%, средней у 57,9%, тяжелой степени у 34,9%, гипертензивные состояния беременных наблюдались у 18,2%, у этих беременных отмечались явления протеинурии, головные боли и повышение диастолического артериального давления до 90-100 мм.рт.ст.

Течение родов: срочные роды 71%, преждевременные 29%. Осложнение в родах отмечались в виде дистоции родов, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарушение отделения плаценты. Родились следовательно доношенных новорожденных также 71%, недоношенных 29%. В асфиксии легкой степени родилось 67,3% новорожденных, в тяжелой степени 32,7%.

У одной повторнородящей беременной произошла антенатальная гибель плода во втором триместре 19-22 недели.

Выводы. Таким образом, у женщин имеющих ВИЧ инфекцию в течении беременности и родов имеет значительные осложнения, увеличивается количество выкидышей и мертворождения, повышается перинатальная и детская смертность. Проведение АРТ и ППМР приводит к снижению трансмиссии ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Все это диктует необходимость более широкой коррекции введения беременности и родов, а также ранее выявление СПИД у женщин и беременных и профилактика распространения ВИЧ инфекции

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ОБОЛОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ

Преждевременное излитие околоплодных вод – осложнение беременности, характеризующееся разрывом плодных оболочек и излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности.

В патогенезе преждевременного разрыва оболочек играют роль дефицит фолиевой кислоты, наличие фетального фибронектина в шейечно-вагинальном секрете, α -фетопротеина в сыворотке крови, состояние системы ПОЛ-АОЗ.

Анализ содержания фолиевой кислоты (ФК) в сыворотке крови свидетельствовал о том, что, в сроки с 22 до 27 недель беременности в 1 группе имелся выраженный дефицит содержания у 92,7% беременных этого витамина, у

оставшихся 7,3% - наблюдался умеренный дефицит.

Умеренный дефицит фолиевой кислоты до 300 мкг у беременных 1 группы при сроке гестации 28-33 недели, где пролонгация была всего 24 часа наблюдался у 14 (34,1%), во 2 группе (срок пролонгирования 25 часов до 72 часов) – у 26 (60,5%), а в 3 группе (срок пролонгирования свыше 72 часов) у всех беременных уровень фолиевой кислоты был выше 300 мкг (достоверность различий соответствовала уровню – $P < 0,05$).

Фетальный фибронектин (fFN) стал наиболее важным биохимическим маркером - присутствие этого гликопротеина в шеечно-вагинальном секрете после 22-24 недели беременности указывает, что граница между хориона и deciduas была нарушена. Наличие фибронектина в 22–33 недели в шеечно-вагинальном секрете является критерием разрушения хориодецидуальной поверхности и связано с высоким риском ПРПО.

Положительный тест указывает на повышенный риск преждевременных родов, и отрицательный тест имеет высокую прогностическую ценность. У женщин с физиологическим течением беременности фибронектин плода отсутствует в шеечно-вагинальном секрете с 22 недель беременности почти до родов. При сроке гестации 22-27 недель у беременных 1 группы, в которой пролонгация была всего 24 часа уровень fFN в шеечно-вагинальном секрете составила 71,1 нг/мл, а в сроки 28-33 недели – 79,8 нг/мл.

При исследовании фибронектина и результатов УЗИ шейки матки у женщин группы риска ПР было показано, что эти показатели либо дополняли друг друга в диагностике, либо были равноценны между собой.

В ходе исследований выделены следующие моменты: отягощенный акушерский и соматический анамнез, определение длины шейки матки с помощью УЗИ, определение фетального фибронектина в шеечно-вагинальном секрете после 22-24 нед. беременности, дисбаланс в системе перекисного окисления липидов и изменение концентрации АФП также служат маркерами пролонгации беременности у женщин с ПРПО.

РОЛЬ АУТОИММУННОГО ООФОРИТА ПАТОГЕНЕЗЕ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

*Махмудова К.Ш.
АГМИ*

Эндокринные нарушения служат причиной бесплодия в 30-40% случаев. Недостаточность яичников, обусловленная эндокринными факторами, чаще всего является нормогонадотропной. Эта патология гетерогенна по этиологии и патогенезу и может быть проявлением ряда различных заболеваний, которые в 65,1% случаев в той или иной степени связаны с центральными нарушениями регуляции гипоталамо-гипо-физарно-овариальной системы. Овариальные факторы обуславливают нормогонадотропную недостаточность яичников в 34,9% случаев. Нередко первично-яичниковая недостаточность развивается в репродуктивном периоде жизни женщин, например, вследствие инфекционного поражения яичников, генитального эндометриоза. Вероятной причиной возникновения первично-овариальной недостаточности может явиться аутоиммунный оофорит. Исследование антиовариальных аутоантител у больных с недостаточностью яичников на фоне нормального уровня гонадотропинов показывает, что частота распространения аутоиммунного оофорита среди таких женщин составляет 19,2%.

Цель исследования состоит в изучении роли аутоиммунного оофорита в патогенезе нормогонадотропной недостаточности яичников.

Материалы и методы исследования. Обследовано 174 больных с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью яичников, 35 здоровых женщин и трое больных с гипергонадотропной нормопролактинемической овариальной недостаточностью. Возраст больных колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем $28,7 \pm 0,4$ года. Основными жалобами являлись бесплодие и нарушение менструального цикла. Жалобы на первичное бесплодие предъявляло 96 (55,2%) женщин, на вторичное - 60 (34,5%). Длительность первичного бесплодия варьировала от 1 года до 18 лет (в среднем - $6,6 \pm 0,5$ года), вторичного бесплодия - от 1 года до 15 лет (в среднем - $4,8 \pm 0,4$ года). У 20 больных с вторичным бесплодием отмечалось в прошлом невынашивание беременности, у 3 из них - привычное. У 47 обследованных больных в анамнезе были искусственные аборты, у 20 - роды, у 7 - внематочная беременность. Жалобы на олигоменорею предъявляли 73 (42,0 %) женщины, у 6 из них была вторичная аменорея в анамнезе. У 7 (4,0%) женщин была вторичная аменорея в период обследования. Меноррагию в анамнезе отмечало 8 (4,6%), метроррагию - 11 (6,3%). Возраст наступления менархе колебался от 9,5 до 17 лет (в среднем - $13,0 \pm 0,1$ года) и достоверно превышал возраст менархе у здоровых женщин. У 74 (42,5%) женщин отмечался гипертрихоз: у 50 - умеренный, у 24 - выраженный. Лакторея 1-Н степени выявлена у 39 (22,4%) женщин. Ожирение различной степени выраженности наблюдалось у 50 (28,7%) больных. Дефицит массы тела отмечался у 20 (11,5%) больных. У 58 (33,3%) больных диагностирован диффузный нетоксический зоб.

Анализ гормональных показателей крови у больных с различными типами овариальной недостаточности выявил наиболее выраженные изменения, такие, как гипоестрогемия и гипертестостеронемия при ановуляции. Найденные изменения свидетельствуют о нарушении синтеза эстрогенов в яичниках, проявлением которого является отсутствие предовуляторного подъема эстрадиола, необходимого для овуляторного пика гонадотропинов и овуляции. У больных с лютеинизацией неовулировавшего фолликула имела место гипертестостеронемия в фолликулярную фазу цикла. Выявлено значительное снижение прогестерона в крови и перитонеальной жидкости больных с лютеинизацией неовулировавшего фолликула и недостаточностью лютеиновой фазы, отражающее неполноценность второй фазы цикла.

У 24,5% больных с аутоиммунным оофоритом его течение сочеталось с другой аутоиммунной патологией, в том числе с аутоиммунным поражением щитовидной железы у 18,9%.

В структуре факторов, которые могли бы повлиять на возникновение аутоиммунных заболеваний, отмечен высокий процент частых простудных заболеваний (35,8), паротита (17,0), хронической инфекции: у 26,4% больных отмечались хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы, у 34,0% - желудочно-кишечного тракта, у 11,3% - верхних дыхательных путей, у 49,0% - хронический тонзиллит.

Заключение. У 31,5% женщин нормогонадотропная нормопролактинемическая недостаточность яичников обусловлена аутоиммунным оофоритом. У больных с аутоиммунным оофоритом гормональная недостаточность яичников в 32,1% случаев проявляется ановуляцией, в 17,0% - лютеинизацией неовулировавшего фолликула, в 37,7% - недостаточностью лютеиновой фазы цикла и в 13,2% - чередованием ановуляции и лютеиновой недостаточности. Аутоиммунный оофорит у женщин с нормогонадотропной недостаточностью яичников в 24,5% случаев сочетается с другой аутоиммунной патологией, в том числе в 18,9% - с аутоиммунным тиреоидитом. Нарушение фолликулогенеза при аутоиммунном оофорите сочетается с гипоестрогемией в фолликулярную фазу менструального цикла.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время доказано, что выявление новых факторов риска и их устранение наиболее важный и результативный «инструмент» в борьбе с ХГДЗ. Изучалась возрастные особенности распространенности эпидемиологических основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции.

Цель исследования. Оценить возрастные особенности распространенности основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы. Среди репрезентативной ВИЧ инфицированной популяции проведено эпидемиологическое исследование и изучено возрастные особенности распространенности основных факторов риска гастродуоденальных заболеваний у вич-инфицированного населения.

Результаты и выводы: Оказалось, что распространенность КПАФ в зависимости от возраста обследованных отмечается с разницей более чем в 3,8 раза или на 69,8% ($P < 0,001$). Высокие показатели частоты распространенности КПАФ наблюдаются в возрастных группах 20-29 лет (92,3%), 30-39 лет (94,8%) и 60-69 лет (50,0%). Существенно низкие уровни распространенности данного фактора отмечены в группе лиц 50-59 лет (25,0%) и 60-69 лет (50,0%).

Распространенность ГХС и ГТГ в зависимости от возраста ВИЧ-популяции выявлены следующим образом соответственно: в 20-29 лет – по 25,8% и 23,9% ($P > 0,05$), в 30-39 лет – по 35,3% и 33,6% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – по 44,6% и 35,4% ($P < 0,05$), в 50-59 лет – по 50,0 и 37,5% ($P < 0,05$), в 60-69 лет – по 50,0 и 50,0% ($P > 0,05$) и в 20-69 лет – по 33,1% и 30,2% ($P > 0,05$).

В обследованной нами ВИЧ-популяции сравнительно высокой распространенностью характеризовались МТОЗы. В частности, ГКК в группе лиц 20-29 лет отмечалась с частотой 63,4%, в 30-39 лет – 77,9% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – 80,0% ($P < 0,05$), в 50-59 лет – 75,0% ($P > 0,05$), в 60-69 лет – не отмечена (0,0%) и в 20-69 лет – 72,2%.

Другая форма МТОЗов ГКЦ самой большой частотой выявлена в возрастной группе 50-59 лет (в 2,5%, $P < 0,01$) и не отмечена у пожилых пациентов 60-69 лет (0,0%). Обращает на себя внимание более низкая выявляемость ГКЦ среди ВИЧ-популяции в возрасте 20-29 лет – 26,5%, 30-39 лет – 28,9% и 40-49 лет – 32,3%.

В различных возрастных группах ВИЧ-позитивного населения ГНМ отмечалась следующим образом: в 20-29 лет – у 86,8%, в 30-39 лет – у 91,1%, в 40-49 лет – у 92,3%, в 50-59 лет – у 87,5%, в 60-69 лет – 0,0% и в 20-69 лет – у 89,2%.

В целом, эти результаты нашего исследования могут стать основой для разработки единых методологических подходов к улучшению здоровья ВИЧ-инфицированных в отношении ХГДЗ и континуума от них с учетом нами отмеченных эпидемиологических / специфических характеристик распространенности факторов риска ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции. В формировании эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции особенно заметен вклад социально-экономических факторов – 54,9%, некоторых биохимических и кислотно-пептических факторов – 45,1%, факторов питания – 62,1% и социальных факторов – 37,9%. Эти факторы резко отличаются по характеру и вкладу от таковых в ВИЧ-негативных населениях.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

XXI столетие уже ознаменовалось изменением взглядов, эволюцией и большим научно-практическим интересом к эпидемиологическим проблемам ХГДЗ в связи с широким их распространением среди населения. Все больше «генералисты» - клиницисты оглядываются к профилактике и уже возрождаются эпидемиологические рассуждения о том, что только успехи в клинических и фундаментальных исследованиях недостаточны для приостановления нарастающей заболеваемости ХГДЗ и континуума от них, необходимо поиск и разработка новых популяционных методов диагностики и профилактики этих патологий в различных группах населения.

Мы, в ходе работы с специальными научными источниками и данными литературы убедились в том, что эти вопросы разработки профилактических технологий ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированной популяции не изучены и не освещены. Безусловно, такие популяционно-профилактические технологии, в отличие от клинических или фундаментальных результатов, крайне важны и имеют прямое научно-практическое значение для повышения качества лечебно-профилактической помощи больным ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией.

Поэтому, мы изучили и рассчитывали относительного риска / вероятности наличия ХГДЗ в связи с разными факторами риска у популяции ВИЧ-инфицированного населения

Риск возникновения ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции в разной степени связаны с 30-ю факторами риска. В наибольшей степени риск развития ХГДЗ отмечается при наличии 8 факторов риска: низкой физической

активности, геликобактерной инфекции, злоупотреблении чая и кофе, злоупотреблении острой пищи, злоупотреблении жирной пищи, гипонатриемии, низком потреблении овощей и фруктов и недолжном состоянии жевательного аппарата.

В несколько меньшей степени риск возникновения ХГДЗ связаны с 13-ю факторами риска: гипокалиемией, кислотно-пептическим фактором, едой всухомятку, перееданием, пониженной массой тела, неблагоприятным социальным статусом, низким образовательным статусом, употреблением наса, употреблением алкоголя, нерегулярным питанием, приемом пищи на ночь, курением и потреблением наркотических средств.

Еще в наименьшей степени риск развития ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения связаны с 9-ю факторами риска: неблагоприятным семейным фактором, плохими жилищно-бытовыми условиями, гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, злоупотреблением ненаркотических лекарственных средств, стресс-факторами, гипокалиемией, наследственным фактором и избыточной массы тела.

Таким образом, наши данные утверждают, что в наибольшей степени относительная вероятность наличия хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции имеет место при выше отмеченных 8 факторах риска, в 1,5 раза меньше при 13-ти ФР, в 11 раз реже при 8 риск-факторах, кроме избыточной массы тела, при которой относительная вероятность наличия ХГДЗ наименьший.

Полученные результаты и проведенный анализ, во-первых, убедительно и логично показывают безусловную роль популяционной профилактики и ее ведущее значение в улучшении лечебно-диагностических технологий у ВИЧ-инфицированного населения с ХГДЗ; во-вторых, служит информационной базой для создания моделей профилактических программ этих патологий на фоне ВИЧ-инфекции.

Поэтому мы создали и рекомендовали для практического использования популяционного модели профилактики хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированного населения.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Просмотренные нами данные литературы свидетельствует, что до сих пор комплексные клинико-эпидемиологические исследования, позволяющие выяснить эпидемиологических закономерностей ХГДЗ и их факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции не проводились.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности нарушений питания у ВИЧ инфицированного населения.

Материалы и методы. Использована репрезентативная выборка ВИЧ населения для эпидемиологического исследования. Характер питания, расчет потребления фруктов и овощей, пищевые привычки у ВИЧ населения 20-69 лет по рекомендациям ГИЦПМ РФ.

Результаты и выводы. Из представленных данных видно, что частота нерегулярного питания возрастает с возрастом ВИЧ популяции до 47,7% или более чем в 2,5 раз ($P < 0,01$). Данный фактор не определялся у лиц в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет (0,0%). Существенно реже выявлялось в группе обследованных 20-29 лет (19,3%); в уровнях 40,9% и 47,7% - в группе лиц 30-39 и 40-49 лет ($P < 0,05$).

«Еда всухомятку» выявляется высокой частотой в возрасте 40-49 лет (73,8%), 30-39 лет (55,7%) и 20-29 лет (44,7%). В три раза меньше данная пищевая привычка отмечалась среди лиц 50-59 летнего возраста ($P < 0,01$), а в возрастной группе 60-69 лет – не наблюдалась (0,0%).

Частота выявляемости переедания в различных возрастных группах ВИЧ популяции составила: в 20-29 лет – 50,7%, 30-39 лет – 45,1%, 40-49 лет – 60,0%, 50-59 лет – 62,5% ($P < 0,05$) и 60-69 лет (25,0%).

Нарушение ритма питания в виде пищевой привычки «прием пищи на ночь» среди 50-59 и 60-69 летних наблюдалось у каждого второго обследованной популяции (по 50,0%), среди лиц до 30 лет выявлена – у 45,2% популяции, в 30-39 лет – у 45,1% и в 40-49 лет – у 46,2%.

Злоупотребление острой пищи имело место в группе ВИЧ популяции 20-29 лет – у 92,9%, 30-39 лет – у 96,2%, 40-49 лет – у 93,8%, 50-59 лет – 87,5% и 60-69 лет – у 100,0% ($P > 0,05$).

Такой же высокой частотой практически во всех возрастных группах наблюдается «злоупотребление жирной пищи»: в 20-29 лет – 92,9%, 30-39 лет – 96,2% ($P > 0,05$), 40-49 лет – 93,8% ($P < 0,05$), 50-59 лет – 87,5% ($P > 0,05$) и в 60-69 лет – 100,0% ($P > 0,05$).

Заметно высокая частота «злоупотребление крепкого чая и кофе»: в группе 20-29 летних – 95,9%, 30-39 лет – 96,6%, 40-49 лет – 98,5%, 50-59 лет – 100,0% и 60-69 лет – также 100,0% ($P > 0,05$).

«Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств» выявлялось с возрастанием в зависимости от возраста обследованных от 17,8% (в 20-29 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), на 32,2% или в 2,8 раза ($P < 0,01$). В других возрастных группах отмечаются с частотой – 29,4% (в 30-39 лет, $P < 0,05$), 38,5% (в 40-49 лет, $P < 0,01$) и 25,0% (в 50-59 лет, $P > 0,05$).

Отмечено, что сравнительно высокие показатели НПОИФ отмечаются у обследованных в возрасте 20-29 лет (72,7%), 30-39 лет (77,0%) и 40-49 лет (55,4%). У каждого второго лиц пожилого возраста (50,0%) имеет место НПОИФ и существенно реже (37,5%, $P < 0,05$) НПОИФ встречается в группе лиц 50-59 лет.

Безусловно, первичная, вторичная и третичная профилактика ХГДЗ у ВИЧ популяции должны быть направлены к раннему выявлению и коррекцию / снижению доли отмеченных факторов в районе.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Одним из методов, применяемых в популяционных исследованиях для оценки значимости тех или иных факторов риска в формировании эпидемиологических условий является изучение характеристики и оценка распространенности ФР НИЗ в определенной группе населения. Поэтому, для оценки распространенности изучаемых ФР был проведен анализ частоты выявления факторов риска развития ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции.

Цель исследования. Оценить характер питания у ВИЧ-инфицированной популяции.

Материалы и методы. Использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку, сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-69 лет. Источником формирования выборки были списки ВИЧ-инфицированного населения, прикрепленных в региональный центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Применялись опросные, инструментальные и биохимические методы.

Опросник учитывает особенности и характер питания обследуемого, наличия в анамнезе ХГДЗ, состояние жевательного аппарата, аппетит, наличие болей (локализация, время появления, связь с питанием, периодичность, сезонность), дисфагии, диспепсических явлений, потеря массы тела, признаков внутреннего кровотечения и данных предыдущих обследований.

Каждый пациент обследовался по специальной анкете первичного обследования пациента для подтверждения диагноза СПИД / ВИЧ-инфекции, состоящего из 5 разделов и 118 вопросов. «Анкета-первичного обследования состояния пациента и стадии ВИЧ-инфекции» включала в себя следующих вопросов и обследований: 1) подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, 2) установление путей заражения ВИЧ-инфекции, 3) установление заболеваний и состояний, обусловленных ВИЧ-инфекцией и клинической стадии ВИЧ-инфекции, 3) подробного личного, семейного и медицинского анамнеза, 4) физикальных обследований, 5) лабораторных и других исследований, 6) осмотра специалистов, 7) определение клинической и иммунологической стадии болезни

Результаты и выводы: Удельный вес алиментарного фактора у ВИЧ популяции выражалось существенно высокими показателями и различные нарушения в характере питания отмечались следующим образом: нерегулярное питание (НРП) – у 32,5 обследованных, еда в сухоматку (ЕСМ) – у 53,5%, переиздание (ПеРЕ) у 49,7%, прием пищи на ночь (ППН) – у 45,2%, злоупотребление острой пищи (ЗОП) – у 89,3%, злоупотребление жирной пищи (ЗЖП) – у 94,5%, злоупотребление крепкого чая и кофе (ЗЧК) – у 96,6%, злоупотребление ненаркотических лекарственных средств (ЗНЛС) – у 26,0% и низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ) – у 71,8%. Обращает внимание высокая частота выявления таких алиментарных факторов риска как ЗОП, ЗЖП, ЗЧК, НПОФ и ЕСМ, которые по сравнению с другими пищевыми привычками наблюдались с увеличением более чем в 3,7 раз ($P < 0,001$). Распространенность алиментарных ФР у ВИЧ популяции мужчин и женщин 20-69 лет составило соответственно: НРП – по 58,6% и 8,4% ($P < 0,001$), ЕСМ – по 73,4% и 35,0% ($P < 0,01$), ПеРЕ – по 49,5% и 49,8% ($P > 0,05$), ППН – по 40,2% и 49,8% ($P > 0,05$), ЗОП – по 95,1% и 84,0% ($P < 0,05$), ЗЖП – по 95,1% и 93,9% ($P < 0,05$), ЗЧК – по 95,1% и 98,1% ($P < 0,05$), ЗНЛС – по 34,8 и 17,9% ($P < 0,01$) и НПОФ – по 82,7 и 61,5%. Безусловно, первичная, вторичная и третичная профилактика ХГДЗ у ВИЧ популяции должны быть направлены к раннему выявлению и коррекцию / снижению доли отмеченных факторов в рационе.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ от 20-69 лет (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Несмотря на то, что в течение последнего десятилетия популяционные исследования хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) стали занимать одно из первых лидирующих мест среди прикладных и фундаментальных работ продолжает увеличиваться чувствительный разрыв между возможностями современной превентивной науки и ограниченными средствами борьбы клинической гастроэнтерологии.

Это, по утверждению исследователей, в значительной степени отражается в высоких уровнях распространенности ХГДЗ среди различных групп населения и континуума от них.

Цель исследования. Изучить распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного населения (ВИЧ ХГДЗ) по данным анкетирования.

Материалы и методы. Для одномоментного эпидемиологического исследования было выбрано ВИЧ инфицированная популяция, которое было представительным по отношению ко всему населению региона. Применялись опросные, инструментальные биохимические методы (WHO, 1990).

ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно классификации (2006) с привлечением специалистов из региональных центров по борьбе со СПИДом.

Результаты и выводы. Изучение распространенности рассматриваемых ХГДЗ проводилось среди ВИЧ популяции, прошедших комплексный первичный скрининг. Оказалось, что ХГДЗ среди ВИЧ популяции наблюдаются с частотой 59,6%. С помощью анкетирования хронические гастриты выявлены у 6% обследованных, хронические дуодениты - у 9,8%, хронические гастродуодениты в целом - у 16,1%, язвенная болезнь желудка - у 19,5%, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки - у 24,3%, и язвенная болезнь в целом - у 43,8%.

Согласно данным других исследователей распространенность язвенной болезни среди ВИЧ негативного населения, по данным анкетирования, отмечаются в уровнях 1,0% (у наркоманов) и не более 9,3 % (у юношей). В изучаемой популяции, как следует из полученных нами данных распространенность ХГДЗ существенно выше (более чем

43 раз - по отношению с наркоманами и в 4,7 раз - по сравнению с показателями язвенной болезни у юношей, ($p < 0,001$), чем в целом среди ВИЧ негативного населения. Следовательно, такое существенно значимое возрастание распространенности ХГДЗ не может не тревожить, поскольку увеличение распространенности этих заболеваний тесно связаны с континуумом ВИЧ населения.

Особенно заметен в уровне заболеваемости вклад язвенной болезни: удельный вес язвенной болезни по сравнению с ХГДЗ больше в 2,7 раз ($p < 0,001$) и достиг 43,8%. В структуре хронических гастродуоденитов вклад хронических дуоденитов по сравнению с хроническими гастритами существенно выше - на 3,6% или в 1,6 раза ($p < 0,05$). Выявляется также увеличение доли язвенной болезни 12-ти перстной кишки по сравнению с язвенной болезнью желудка в структуре язвенной болезни - до 4,8 % или в 1,3 раза ($p < 0,05$).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Отмечено, что широкое распространение ХГДЗ у ВИЧ-популяции в основном обусловлено нарушением иммунной системы человека, первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями. В основе иммунологических нарушений лежат воздействие неблагоприятных экологических, климатометеорологических, гелиогеофизических и эпидемиологических факторов, широкая и порой неоправданная «агрессивная» антибиотикотерапия и необоснованное применение глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов.

Анализ современного течения ХГДЗ у ВИЧ-популяции показывает, что у больных ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции редко встречаются «чистые» их формы, отмечается раннее присоединение / комбинирование множественных факторов и полипатий, что указывает на снижение устойчивости к различным заболеваниям или инфекциям. Такое течение, по литературным данным, составляет более 50% в общей ВИЧ-популяции.

У 60-70% больных ВИЧ-инфекцией имеет место сочетание ВИЧ-хронического вирусного гепатита (ХВГ) а на диспансерном учете в Российских территориальных центрах СПИД состоят только 55% от общего числа пациентов.

Большинство исследователей сходятся во мнении о более тяжелом течении ХГДЗ у ВИЧ-популяции и об увеличении частоты развития осложнений связанной с данными сочетанными патологиями.

У пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией сравнительно больше наблюдаются конкурирующие и сопутствующие патологические процессы: практически у всех больных имеются симптомы поражения тонкой кишки, а у 25-35% эти симптомы выходят на передний план заболевания. К ним относят боли в животе, диарею, рвоту и пр.. Отмечаются хронические профузные поносы с частотой от 6 до 25 раз в сутки с общим объемом от 1 до 17 л, что усугубляет (наличие малабсорбции выраженной потери жидкости и электролитов) и без того тяжелое состояние больного. Эти симптомы главным образом обусловлены гомосексуальными связями больного СПИДом и, кроме этого, наблюдается довольно типичная клиническая тетрада – генерализованная лимфоаденопатия, лихорадка и потери массы тела в сочетании с диареей.

В литературе скопились достаточно разнообразные и обширные сведения, посвященные к раскрытию особенностей клинического течения ХГДЗ у ВИЧ-негативной популяции. Так, такие сведения обобщены и представлены среди популяций наркоманов (ПИНи). Отмечено, что у ПИНов с гастродуоденальными заболеваниями чаще встречаются боли в животе (58,4%), эпизодические (67,9%) и приступообразные боли (34,9%), диспепсические симптомы (28,5%) и прочие симптомы (27,4%). Клиническими особенностями гастродуоденальных патологий у наркотизирующихся населения являлись наличие сезонной слабо выраженной четкости обострения течения болезни (34,7%) и конкретных усиливающих (нарушение режима питания, острые пища, нервный фактор, прием молока, прием жирной пищи) и облегчающих факторов (рвота, пища, медикаментозные средства, героин) в 86,5% и 20,8% случаев – соответственно.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Отмечено, что широкое распространение ХГДЗ у ВИЧ-популяции в основном обусловлено нарушением иммунной системы человека, первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями. В основе иммунологических нарушений лежат воздействие неблагоприятных экологических, климатометеорологических, гелиогеофизических и эпидемиологических факторов, широкая и порой неоправданная «агрессивная» антибиотикотерапия и необоснованное применение глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов.

Анализ современного течения ХГДЗ у ВИЧ-популяции показывает, что у больных ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции редко встречаются «чистые» их формы, отмечается раннее присоединение / комбинирование множественных факторов и полипатий, что указывает на снижение устойчивости к различным заболеваниям или инфекциям. Такое течение, по литературным данным, составляет более 50% в общей ВИЧ-популяции.

У 60-70% больных ВИЧ-инфекцией имеет место сочетание ВИЧ-хронического вирусного гепатита (ХВГ) а на диспансерном учете в Российских территориальных центрах СПИД состоят только 55% от общего числа пациентов.

Большинство исследователей сходятся во мнении о более тяжелом течении ХГДЗ у ВИЧ-популяции и об увеличении частоты развития осложнений связанной с данными сочетанными патологиями.

У пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией сравнительно больше наблюдаются конкурирующие и сопутствующие патологические процессы: практически у всех больных имеются симптомы поражения тонкой кишки, а у 25-35% эти

симптомы выходят на передний план заболевания. К ним относят боли в животе, диарею, рвоту и пр.. Отмечаются хронические профузные поносы с частотой от 6 до 25 раз в сутки с общим объемом от 1 до 17 л, что усугубляет (наличие мал абсорбции выраженной потери жидкости и электролитов) и без того тяжелое состояние больного. Эти симптомы главным образом обусловлены гомосексуальными связями больного СПИДом и, кроме этого, наблюдается довольно типичная клиническая тетрада – генерализованная лимфоаденопатия, лихорадка и потери массы тела в сочетании с диареей.

В литературе скопились достаточно разнообразные и обширные сведения, посвященные к раскрытию особенностей клинического течения ХГДЗ у ВИЧ-негативной популяции. Так, такие сведения обобщены и представлены среди популяции наркоманов (ПИНи). Отмечено, что у ПИНов с гастродуоденальными заболеваниями чаще встречаются боли в животе (58,4%), эпизодические (67,9%) и приступообразные боли (34,9%), диспепсические симптомы (28,5%) и прочие симптомы (27,4%). Клиническими особенностями гастродуоденальных патологий у наркотизирующихся населения являлись наличие сезонной слабо выраженной четкости обострения течения болезни (34,7%) и конкретных усиливающих (нарушение режима питания, острые пищи, нервный фактор, прием молока, прием жирной пищи) и облегчающих факторов (рвота, пища, медикаментозные средства, героин) в 86,5% и 20,8% случаев – соответственно.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Исследователями указываются зависимость высокого риска развития хронических гастродуоденальных или других неинфекционных заболеваний и их факторов риска от потребления наркотических веществ (ПНВ). Поэтому мы **изучили** распространенность ПНВ у ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска в отношении этих факторов риска среди ВИЧ- населения.

Материалы и методы. Специальное эпидемиологическое обследование проводилось в скрининг центре и оно включало применение на репрезентативной выборке ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции следующих методов: эпидемиологических, клинических и специальных методов диагностики ВИЧ- инфекции (WHO, 2001).

У ВИЧ популяции наркоманов соответственно МКБ-10 (ДСМ-14) в определенной последовательности выяснились следующие вопросы: 1) наркомании, вследствие злоупотребления веществами, содержащими опиумные алколоиды и их производные, а также синтетических анальгетиков; 2) наркомании, вследствие злоупотребления кокаина; 3) наркомании, вследствие злоупотребления препаратами группы амфетаминов и других психостимуляторов; 4) наркомании, вследствие злоупотребления галлюциногенными веществами, отнесенными к наркотикам; 5) наркомании, вследствие злоупотребления с другими какими-либо веществами отнесенными к наркотикам; 6) наркомании, вследствие сочетанного злоупотребления комбинации веществ различных групп, отнесенных к наркотикам.

Результаты. Из полученных данных следует, что распространенность ПНВ среди общей популяции ВИЧ-инфицированных составляет 29,2 %. Изучалась распространенность ПНВ среди ВИЧ населения с учетом возраста обследованных. Отмечено, что распространенность ПНВ было больше у ВИЧ популяции 40-49 лет (47,7%), 30-39 лет (35,7%) и 50-59 лет (25,0%). Сравнительно в 3 раза меньшей частотой выявлялось в группе лиц 20-29 лет и не отмечалось в возрасте 60-69 лет (0,0%).

В целом, систематический и постоянный мониторинг распространенности ПАВ среди ВИЧ популяции, безусловно, существенно повышает информированность населения, работников лечебно-профилактических учреждений и организаторов практического здравоохранения с последующим медицинским, экономическим и социальным эффектом проводимых профилактических мероприятий.

Выводы. 1) эпидемиологический мониторинг имеет высокую чувствительность, специфичность и большой потенциал в раннем выявлении, диагностики и профилактике ХГДЗ у ВИЧ инфицированного населения; 2) с помощью результатов эпидмониторинга можно получить истинную информацию об эпидемиологических условиях и ситуациях в отношении ПНВ, которые могут быть использованы для определения эффективной стратегии профилактики и диспансерного наблюдения ВИЧ населения в реальной практике; 3) периодический эпидмониторинг рекомендуется для широкого и постоянного использования на практике в целях современного выявления хронических гастродуоденальных заболеваний и ПНВ среди ВИЧ позитивного населения; 4) для повышения эффективности лечебно- профилактических мероприятий среди ВИЧ инфицированного населения в отношении хронических гастродуоденальных или других неинфекционных патологий рекомендуется совершенная программа-технология профилактики. Её применение на практике, во-первых, приостановить континуума неинфекционных заболеваний; во-вторых, способствует к раннему выявлению не только типичных, но и атипично протекающих случаев различных заболеваний среди наркоманов ВИЧ- популяции.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Немногочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют, что большой интерес представляет популяционный анализ распространенности социально-экономических факторов риска среди ВИЧ позитивного населения.

Эффективность таких подходов среди ВИЧ негативных подтверждена ВИЧ инфицированной популяции не доказана.

Цель исследования. Определение возрастных особенностей выявляемости социально-экономических факторов риска среди ВИЧ инфицированной популяции.

Материалы и методы. Осуществлялось эпидемиологическое исследование в региональном центре по борьбе со СПИДом. Сформирована репрезентативная группа ВИЧ позитивного населения и каждый пациент обследовался по специально разработанной анкете ВОЗ (1990). Социально - экономические факторы риска выявлялись и оценивались с использованием эпидемиологических, клинических, инструментальных и специальных методов (ВНОК; 2008; WHO, 1997). Обращали внимание на длительность «желудочнокишечного или терапевтического» анамнеза, длительность неинфекционных заболеваний, наличие наследственной отягощенности и факторов риска.

Для диагностики ВИЧ инфекции/СПИД в условиях регионального центра по борьбе СПИДом использованы специфические (ИФА, иммуноблот и мте; полимеразной цепной реакции) и неспецифические (определение количеств* СД - 4 лимфоцитов, Т-хелперов) методы.

Результаты и выводы. При изучении и анализе распространенному социально-экономических факторов риска у ВИЧ инфицированной популяции в зависимости от возраста выявлено, что распространенность всех изученных факторов риска статистически значимо различаются у ВИЧ- популяции зависимости от возраста.

Среди популяции 20-69 лет частота распространенности низкого образовательного статуса составила 57,0 %. В других возрастных группах определяется с увеличением выявляемости на 12,6 % или 1,3 раз ($p < 0,05$), в 20-29 лет отмечено с частотой 52,8 %, в 30-39 лет 62,6 % ($p < 0,05$), в 40-49 лет - 50,8 %, в 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет - также 50,0%. Распространённость неблагополучного социального статуса в различных возрастных группах выявлено следующим образом: в 20-29 лет 89,3 %, 30-39 лет -89,7%, 40-49 лет 78,5%, 50-59 лет 100,0 % ($p < 0,05$), 60-69 лет ($p < 0,05$) и в 20-69 лет 88,6.

Стрессовые факторы сравнительно высокой частотой наблюдаются в 40-49 лет-53,8 % ($p < 0,01$ и 60-69 лет - 50,0 % ($p < 0,01$). Частота стрессовых факторов в факторов в возрасте 20-29 лет составила 24,9 %, 30-39 лет - 35,3%, 50-59лет-25,0%.

При анализе распространенности неблагополучного семейного фактора у популяции выяснилось, что частота данного фактора с возрастом увеличивается от 29,2 % (в 40-49 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), то есть на 20,8% или 1,7 раз ($P < 0,05$).

В возрастной группе 20-29 лет неблагополучный семейный фактор наблюдалось с частотой - 46,7 %, в 30-39 лет - 40,8 % и в :59 лет- 37,5%. Среди обследованных распространенность плохих жилищно- бытовых условий также было высока и в различных возрастных группах - ставила: в 20-29 лет -39,6 % , в 30-39 лет - 64,3% ($p < 0,05$), 40- 49 лет - 56,9 < 0,05), 50-59 лет - 62,5 %, 60-69 лет - 0,0 % и в 20-69 лет - 53,6 %. Можно будет заключить, что выявленные популяционные данные способствуют формированию «прицельных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска неинфекционных патологий у ВИЧ позитивного населения.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Туберкулез (ТБ) является одной из наиболее широко распространенных в мире инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения земного шара инфицировано микобактериями туберкулеза. Ежегодно заболевают туберкулезом около 9 млн. человек, умирают от туберкулеза 1,5-2 млн. человек.

ТБ является одной из трех основных причин смерти женщин в возрасте от 15 до 44 лет. В 2019 году примерно 1000000 детей заболели туберкулезом, 140 000 детей умерли от туберкулеза.

Цель исследования. Оптимизация лучевой диагностики туберкулеза органов дыхания у детей и подростков с использованием наиболее информативных и безопасных методов на различных этапах хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. В работе анализируются результаты комплексного обследования детей и подростков с различными формами туберкулеза органов дыхания, которым проведено оперативное лечение в хирургическом отделении АОФД. Всего обследовано 112 человек, из них 49 мальчиков и 63 девочки. Преобладали подростки в возрасте 15-17 лет (73,%).

Результаты исследования. Выполненная в предоперационном периоде компьютерная томография привела к переоценке результатов предшествующих исследований и пересмотру объема и характера оперативных вмешательств у детей и подростков больных туберкулезом органов дыхания в 26,8% случаев.

Применение компьютерной томографии позволяет уточнить число и характер каверн в легком. Частота выявления у больных множественных каверн методом компьютерной томографии оказалась выше на 9,4% по сравнению с линейной томографией и на 15,1% по сравнению с аналоговой рентгенографией.

При оценке числа выявленных туберкулем совпадение данных линейной томографии с результатами рентгеновской компьютерной томографии составляет 83,3%, совпадение данных аналоговой рентгенографии с результатами рентгеновской компьютерной томографии -76%. Компьютерная томография позволяет повысить результативность выявления полостей распада в туберкулемах на 16% — 26%.

Выявленные при рентгеновской компьютерной томографии изменения во внутригрудных лимфатических узлах повлияли на частоту лимфодуэктоний, которая увеличилась с 20,5 до 57,1%. Сравнение данных патоморфологического исследования биопсийного материала и результатов рентгенологических методов исследования показало преимущество РКТ перед методами традиционной рентгенографии в выявлении перикавитарных фиброзных изменений в лёгких, что позволило у всех пациентов до операции дифференцировать кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез.

Сравнительный анализ результатов традиционного рентгенологического исследования и цифровой рентгенографии, проведённых в послеоперационном периоде, позволяет считать оба метода практически равноценными,

однако метод цифровой рентгенографии позволяет снизить лучевую нагрузку, что особенно важно у детей и подростков в послеоперационном периоде. Ультразвуковое исследование является наиболее информативным при выявлении изменений в плевре. Наличие плеврального выпота после операции у больных по данным ультразвукового исследования установлено в 90% случаев и в 65,2% - по данным рентгенографии. В случае, когда количество жидкости в плевральной полости не превышает 50 мл традиционное рентгенологическое исследование и цифровая рентгенография не информативны.

Вывод. Разработанный алгоритм исследований даёт возможность на предоперационном этапе с наибольшей степенью достоверности оценить характер изменений в лёгких, и на основе полученной информации определить целесообразность оперативного лечения, вид и объём планируемой операции, снизить лучевую нагрузку.

Рекомендации по использованию методов УЗИ и ЦР позволяют следить за динамикой изменений в лёгких и плевре в раннем послеоперационном периоде и, в случае необходимости, своевременно провести коррекцию проводимого лечения, а также значительно снизить лучевую нагрузку у детей и подростков.

МЕТОДЫ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

*Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Туберкулез легких (ТБЛ) имеет преимущественную локализацию в легких и является одним из тяжелых инфекционных заболеваний. В Саратовской области ежегодно регистрируется более 1000 вновь выявленных больных туберкулезом, из которых до 50,0% являются бацилярными (заразными) больными. В 2017 году больные туберкулезом органов дыхания составили 95,4% от числа всех зарегистрированных больных туберкулезом. Типичными для туберкулеза легких являются следующие локализации: S1, S2, S6. Значительно реже туберкулезный процесс поражает сегменты средней, нижних и добавочной долей. Современным методом диагностики туберкулеза легких остается рентгенологическое исследование, которое играет большую роль на всех этапах заболевания туберкулезом.

Цель исследования: выявление особенностей рентгенологического исследования при диагностике ТБЛ типичной и нетипичной локализации.

Материал и методы. Проведен анализ 79 пациентов в возрасте 32-44 лет, находившихся на обследовании и лечении в Туберкулезной больнице Андижанской области. Всем пациентам проводилась рентгенография органов грудной клетки, линейная томография легких на рентгеновском диагностическом аппарате «Диакон». Компьютерная томография проводилась на базе ГУЗ ОКБ на аппарате Optima CT 660.

Результаты. При уточнении локализации ТБЛ оказалось, что типичное расположение в S1,2,6 наблюдалось в 71 случае (89,9%). Среди ТБС легких нетипичной локализации наиболее часто отмечалось расположение в S8,9,10 – в 3 случаях (3,8%). С одинаковой частотой ТБЛ локализовался в Sах – в 2 случаях (2,5%) и S4,5 – в 2 случаях (2,5%). В 1 случае (1,2%) патологический процесс располагался в дополнительной доле v. azugos.

При уточнении формы ТБЛ нетипичного расположения чаще всего встречался инфильтративный туберкулез - в 5 случаях из 8 (62,5%). Наиболее часто данная форма ТБС легких локализовалась в Sах – 2 случая (40%), с одинаковой частотой в дополнительной доле v. azugos – 1 случай (20%), в S4,5 – 1 случай (20%), в S8,9,10 – 1 случай (20%). Очаговый туберкулез встречается реже – в 2 случаях из 8 (25%). С одинаковой частотой данная форма ТБЛ локализовалась в S4,5 – 1 случай (50%) и в S8,9,10 – 1 случай (50%). При ТБЛ нетипичного расположения туберкулема встретилась реже всего – 1 случай из 8 (12,5%) – с локализацией в S8,9,10 – 1 случай (100%) (Рис. 1). При установлении формы ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 были выявлены: 28 случаев инфильтративного туберкулеза (40%), 12 случаев очагового туберкулеза (17%), 1 случай туберкулемы (1%) (Рис. 2), 30 случаев других форм туберкулеза (42%).

Оказалось, что общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от типичной.

При анализе историй болезни пациентов с ТБС легких нетипичной локализации длительность лечения чаще всего составляла более 24 месяцев – 7 случаев из 8 (87,5%). Реже длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 1 случай из 8 (12,5%). Для пациентов с ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 чаще всего длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 45 случаев из 71 (63%). В 26 случаев из 71 (37%) наблюдался переход в другие формы туберкулеза.

Выводы. При выявлении ТБЛ нетипичной локализации необходимо использование комплексного рентгенологического исследования. Комплексное рентгенологическое исследование является высокоинформативным методом, позволяющим уточнить локализацию ТБЛ, позволяет оценить протяженность, форму и фазу заболевания в соответствии с принятой классификацией.

Нетипичная локализация ТБЛ вызывает трудности дифференциальной диагностики. Наиболее часто при нетипичном расположении встречалась инфильтративная форма ТБЛ.

Общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от признаков ТБЛ типичного расположения. Выявление ТБЛ нетипичной локализации влияет на длительность лечения, которое при этом более продолжительно и составляет чаще более 24 месяцев.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХОРЕЗМСКОЙ РЕГИОНЕ

*Машарипова Шохиста Сабировна
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Острые кишечные инфекции, несмотря на достигнутые определенные успехи в борьбе с ними, продолжают представлять актуальную проблему для здравоохранения Хорезмской области.

Цель исследования: выявить особенности эпидемического процесса ОКИ (острых кишечных инфекций), шигеллезов, сальмонеллезов за 2015-2019 гг. среди населения Хорезмской регионе.

Материалы и методы исследования: Годовые отчеты о заболеваемости ОКИ, шигеллезами, сальмонеллезами за 2015-2019 годы, метод исследования эпидемиологический.

Результаты и обсуждения: Ретроспективный анализ заболеваемости за 2015-2019 годы показал тенденцию к снижению интенсивных показателей заболеваемости ОКЗ, шигеллезов и сальмонеллезов.

Удельный вес регистрируемой заболеваемости шигеллезами в структуре суммы ОКИ (ОКИ, шигеллезы, сальмонеллезы, тифо-паратифозные заболевания) за анализируемый период уменьшился с 14,2 до 13,4% при среднем за 2015-2019гг 14, 1%, сальмонеллезами с 5,0% до 2,0% при среднем 3,3%, ОКИ увеличился с 80,5% до 84,6%.

Результаты сравнения уровней заболеваемости ОКИ, шигеллезами, сальмонеллезами по административным территориям показали существенные различия уровня и динамики в городах и сельской местности. Из общего количества заболевших ОКИ, шигеллезами и сальмонеллезами на городское население приходилось около трети заболевших, что связано как с качеством и эффективностью диагностики, проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий, так и с условиями быта и поведения населения.

Изучение годовой динамики заболеваемости показало, что для ОКИ, шигеллезов, сальмонеллезов характерен летне-осенний период подъема (5-6 месяцев), на долю которого приходилось 2/3 годовой заболеваемости. В период сезонного подъема более 50% заболеваний было обусловлено активизацией сезонных факторов. Не выявлены статистически достоверные различия в показателях сезонности ОКИ, шигеллезов и сальмонеллезов ($t < 2$).

Анализ возрастной структуры заболеваемости ОКИ, шигеллезами, сальмонеллезами показал высокий удельный вес заболеваемости детей в возрасте до 14 лет: доля заболевших шигеллезами равнялась в среднем 53%, сальмонеллезами - 63,8%, ОКИ - 66,0%. Заболеваемость до 1 года шигеллезами регистрировалась в 2,5 раза реже, чем ОКИ и сальмонеллезами. Наиболее поражаемым контингентом были дети до 3-х лет, заболеваемость которых превышала заболеваемость взрослых ОКИ в 11 раз, шигеллезами в 7 раз, сальмонеллезами в 15 раз.

Расшифровка этиологической структуры в анализируемый период составляла ОКИ в среднем 8,1%, шигеллезов - 64,5%, сальмонеллезов - 100%. Доминировала в этиологии ОКИ условно-патогенная флора: цитробактер (27,3%), протей (19,8%), энтеробактерии (14,2), ЭПКП (10,8%) а также стафилококки (10,4 %) Среди выделенных культур шигелл преобладали культуры вида Флекснер (96,6 - 40,4%) и Зонне (5,1 - 2,3%), среди сальмонелл преобладали культуры *S.typhimurium* (90,5 - 86,8%), *S. enteritidis* (6,2-0,9%).

Заключение. Выявленные закономерности эпидемического процесса при ОКИ, шигеллезах, сальмонеллезах в Хорезмской регионе позволяют оптимизировать проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий, что будет способствовать дальнейшему снижению заболеваемости указанными инфекциями.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Мирзаахмедова И.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Венозные и артериальные тромбозы являются серьезной проблемой в онкогематологии. У больных хроническими миелолифферативными заболеваниями (ХМЛЗ) фатальные тромбозы наблюдаются в 18,5%, а не фатальные - в 38,5% случаев. Тромбозы являются частыми осложнениями у пациентов с множественной миеломой (ММ), получающих лечение с использованием талидомида и его аналогов. В то же время, использование стандартной протромботической терапии у гематологических больных сопряжено с высоким риском геморрагий. Высокая вероятность и трудности лечения тромбозомических осложнений при ХМЛЗ и ММ обуславливают необходимость своевременной диагностики факторов риска у этих пациентов. Несмотря на важность проблемы, данные о роли ГГЦ в развитии гиперкоагуляционного синдрома у больных ХМЛЗ, крайне ограничены и противоречивы. Частота встречаемости ГГЦ при ММ и возможность участия избытка ГЦ в развитии тромбофилии при данной нозологии ранее не изучались.

Решение поставленных вопросов определяет понимание роли ГГЦ в формировании гиперкоагуляционного синдрома и места данной формы тромбофилии в структуре тромбофилических состояний.

Цель исследования. Установить роль гипергомоцистеинемии в формировании протромботических нарушений системы гемостаза, разработать алгоритм лабораторной диагностики тромбофилии, обусловленной гипергомоцистеинемией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 1748 больных, находившихся в 2015 - 2020 годах на стационарном и/или амбулаторном лечении в клинике АГМИ гематологии и трансфузиологии в г. Андижана.

Результаты исследования. На первом этапе исследования было проведено измерение уровня гомоцистеина плазмы у 260 лиц без сосудистой патологии. Включение в контрольную выборку лиц от 7 до 77 лет позволило в дальнейшем формировать сопоставимые по полу и возрасту группы сравнения для разных категорий больных. Средняя концентрация ГЦ плазмы в контрольной группе составила $9,3 \pm 3,9$ мкмоль/л. У мужчин и женщин репродуктивного возраста этот показатель равнялся соответственно $10,4 \pm 4,4$ мкмоль/л и $8,6 \pm 3,4$ мкмоль/л. У лиц пожилого и старческого возраста влияние пола на содержание ГЦ в плазме нивелировалось. Корреляционный анализ показал связь уровня ГЦ с генотипом 677ТТ гена МТГФР ($r=0,4$, $p=0,001$), курением ($r=0,5$, $p=0,0001$) и потреблением кофе ($r=0,4$, $p=0,0001$). Между показателями концентрации ГЦ в плазме у бывших курильщиков и лиц, никогда не куривших, достоверных различий не было выявлено. Тот факт, что эффект курения на уровень ГЦ устраняется при отказе от этой вредной привычки, представляется важным с позиции профилактики ГГЦ. Значимой корреляции между содержанием ГЦ в плазме и такими факторами, как ожирение, потребление алкоголя и уровень физической активности не наблюдалось.

Значения ГЦ выше $13,4$ мкмоль/л (90% процентиль) расценивали как гипергомоцистеинемию. Частота встречаемости ГГЦ в контрольной группе составила 8,6%. По степени тяжести ГГЦ условно делили на легкую (до 25

мкмоль/л); умеренную (25-50 мкмоль/л) и тяжелую (более 50 мкмоль/л). Тяжелой ГТЦ в контрольной группе не было выявлено.

У пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), атеросклерозом артерий нижних конечностей (ААНК) и венозными тромбозами (ВТ) как частота встречаемости ГТЦ (рис. 1А), так и средние уровни ГТЦ статистически значимо превысили соответствующие показатели в контрольной группе. Частота встречаемости ГТЦ у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в анамнезе была достоверно выше не только показателя в контрольной группе (52% против 8,6%, $p < 0,001$), но и частоты встречаемости ГТЦ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) без ОИМ в анамнезе (52% против 28%, $p = 0,01$).

У больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей ($n=40$) средний уровень ГТЦ был несколько ниже, чем в сопоставимой по полу и возрасту группе пациентов с ПТБ ($n=44$): $14,6 \pm 7,6$ мкмоль/л и $15,9 \pm 11,7$ мкмоль/л, соответственно, $p = 0,07$. При этом ГТЦ наблюдалась у 43% больных с острым тромбозом против 50% при ПТБ. Снижение уровня ГТЦ при повторном обследовании спустя 2 недели после острого тромботического эпизода было отмечено только у тех больных, в терапии которых использовались витаминные группы В.

При артериальной патологии прослеживалась ассоциация ГТЦ с ранней манифестацией и неблагоприятным течением заболевания со склонностью к развитию острых ишемических эпизодов и их рецидивированию. Тяжелая ГТЦ в большинстве случаев проявлялась распространенным атеросклеротическим поражением с вовлечением центральных и периферических сосудов. У больных ААНК с III-IV степенью артериальной недостаточности средний уровень ГТЦ был достоверно выше, чем при артериальной недостаточности I - II степени ($24,8 \pm 6,7$ мкмоль/л против $14,2 \pm 4,4$ мкмоль/л, $p < 0,05$). У 95% пациентов с так называемой «критической ишемией» была выявлена ГТЦ (в 65% случаев - явная, и в 30% случаев - скрытая). У пациентов с ИБС при ГТЦ существенно увеличивался риск рестеноза после восстановления кровотока в бассейне пораженных коронарных артерий оперативным методом ($011=6,6$; 95% СГ: 1,5 - 28,5; $p = 0,01$).

Оценивая роль ГТЦ в окклюзионных поражениях артериального русла, особое внимание мы уделили изучению ассоциативных связей ГТЦ с признанными индукторами атерогенеза. Нарушения липидного обмена, курение и артериальная гипертензия с высокой частотой обнаруживались у обследованных больных, особенно у пациентов с периферическим атеросклерозом.

Вывод. Установленная значимость повышения уровня ГТЦ в развитии про-тромботических изменений системы гемостаза в совокупности с данными о взаимодействии ГТЦ с другими факторами риска позволяет прогнозировать раннее развитие и агрессивное течение сердечно-сосудистой патологии.

Выявленное значение ГТЦ как фактора риска развития тромботических осложнений при ХМПЗ и ММ расширяет представление о механизмах формирования тромбофилического статуса при данных гематологических заболеваниях и способствует своевременной и адекватной коррекции гиперкоагуляционных нарушений.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования генотипирования полиморфизма C677T метилентетрагидрофолатредуктазы в качестве вспомогательного этапа при диагностике тромбофилии, ассоциированной с ГТЦ.

Предложенная методика расчета постнагрузочного уровня ГТЦ с использованием базальных значений ГТЦ позволяет минимизировать число больных, нуждающихся в проведении метионинового нагрузочного теста.

Использование разработанного алгоритма диагностики тромбофилии, ассоциированной с ГТЦ, позволяет повысить эффективность формирования групп высокого риска развития тромботических осложнений, индивидуализировать подход к первичной и вторичной профилактике сердечнососудистых заболеваний.

РОЛЬ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ МИЕЛОИДНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Мирзаахмедова И.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Генетическая диагностика опухолевых заболеваний системы крови в настоящее время является одним из основных методов, определяющих прогностические и диагностические особенности заболевания. Высокоспецифичные хромосомные aberrации изучены достаточно хорошо, однако вариабельность течения и прогрессии заболевания неоднородны у больных в пределах одинаковых цитогенетических нарушений. В то же время, согласно сообщениям различных авторов, информационная ценность мутаций ряда генов остается неопределенной.

Вместе с тем изменение тактики терапевтических режимов при опухолевых заболеваниях кроветворной системы и введение в практику новых препаратов направленного действия («таргетной» терапии), мишенью для которых являются химерные гены (BCR/ABL, PML/RARa), привели к повышению роли молекулярно-генетических исследований. В связи с этим становится актуальной необходимость разработки алгоритма генетической диагностики гемобластозов, который позволит получить наиболее полную картину заболевания. Следовательно, алгоритм диагностики поможет адекватно верифицировать вариант заболевания, определить прогностические особенности генетических маркеров и тем самым выбрать рациональную терапию, что, в свою очередь, позволит получать у больных длительную безрецидивную выживаемость.

Цель исследования. Определить значимость и место цитогенетических и молекулярных aberrаций в верификации форм, оценке прогностических особенностей течения и в алгоритме генетической диагностики миелоидных неоплазий.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 488 больных ХМЛ, получающих терапию ингибиторами тирозинкиназ (ИТК) (терапию 1-й линии - иматиниб - 400 пациентов, терапию 2-й линии - нилотиниб и дазатиниб - 88 больных) с 2003 года. Возраст пациентов варьировал от 17 до 85 лет (медиана 50 лет).

Результаты исследования. По результатам регулярного цитогенетического мониторинга терапии 366 из 488 (75%) больных ХМЛ, у которых в дебюте заболевания была обнаружена Ph-хромосома, как единственная перестройка, БЦГО к 6 месяцам терапии достигли 140 (67%) из 208 пациентов, у которых удалось оценить цитогенетический результат.

Это приблизительно столько же, как и ПЦГО к 12 месяцам - у 147 (57%) из 258 информативных больных. В то время как за весь период наблюдения ПЦГО достигнут у 223 (89%) из 251 результативного пациента в среднем через 18 месяцев (от 3 до 68 месяцев). При этом бессобытийная выживаемость у больных в среднем составила 38,8 месяцев, а общая выживаемость - 75,3 месяца.

В группе больных с вариантными транслокациями (17 (3,5%) из 488 пациентов) выявлялись как сложные вариантные транслокации t(9;22), так и простые. Во всех случаях обнаружения простой вариантной транслокации проводилась детекция BCR/ABL химерного гена при помощи молекулярно-генетического FISH метода.

Сравнительный анализ результатов терапии у пациентов со стандартной Рb-хромосомой и вариантными X(9;22) показал, что больные обеих групп достоверно не различались по всем характеристикам: вероятности достижения БЦГО к 6 месяцам: 93% и 82% ($p=0,19$), ПЦГО к 12 месяцам: 92% и 87% ($p=0,12$), бессобытийной и общей выживаемости ($p=0,04081$ и $p=0,09$, соответственно).

В качестве дополнительных aberrаций к уже существующей Рb-хромосоме у 39 (8%) из 488 больных ХМЛ, у которых до начала терапии иматинибом обнаруживалась клоная эволюция (КЭ), наиболее часто выявлялись: дополнительная Рb-хромосома (у 7 (18%) из 39) и трисомия 8 хромосомы (у 6 (15,4%) из 39 пациентов).

Анализ результатов терапии больных ХМЛ с единственной Рb-хромосомой и с дополнительными к Рb-хромосоме aberrациями, выявленными в дебюте терапии иматинибом, показал достоверные отличия по всем показателям. Анализ вероятности достижения БЦГО к 6 месяцам терапии у пациентов с КЭ показал 46% в сравнении с 93% у больных без КЭ - $p=0,002$, ПЦГО к 12 месяцам - 43% и 92%, соответственно ($p=0,001$), бессобытийной выживаемости - 32% и 80%, соответственно ($p=0,0011$), общей выживаемости - 48% и 88% ($p=0,0000$).

Дополнительные хромосомные нарушения появлялись у пациентов на различных этапах терапии, в среднем через 24,2 месяца (от 3 до 78 месяцев). КХА в Рb-отрицательных клетках обнаруживались как на фоне приема иматиниба - у 23 (85,2%) из 27 больных, так и в случаях приема препаратов второй линии терапии (дазатиниб, нилотиниб) - у 4 пациентов (14,8%). При этом данные миелограммы на этапе выявления КЭ оставались в пределах нормы и прогрессии заболевания не наблюдалось. При цитогенетическом исследовании костного мозга больных 5-й группы через каждые 3—6 месяцев на фоне лечения ИТК дополнительные aberrации не обнаруживались стабильно, они то появлялись, то исчезали при последующих анализах. Однако у 5 (18,4%) пациентов, которые не достигли БЦГО к 6 месяцам и ПЦГО к 12 месяцам, патологический клон с дополнительными хромосомными aberrациями в Рb-отрицательных клетках сохранялся стабильно. Более того, у 2 из 5 больных (К.А.Ф., М.Л.П.) с трисомией 8 хромосомы в конечном результате появлялась Рb хромосома через 6 и 12 месяцев, соответственно, от момента обнаружения КХА. У пациентки Т.А.А. моносомия 7 хромосомы была обнаружена на второй линии терапии дазатинибом через 18 месяцев от начала приема препарата и далее сохранялась на протяжении 11 месяцев при всех последующих цитогенетических исследованиях (каждые 3 месяца). В конечном результате у больной развился миелодиспластический синдром.

Вывод. Обнаруженные комплексные нарушения кариотипа, aberrации 5 и 7 хромосом, перестройки 17 хромосомы являются неблагоприятными аномалиями кариотипа и позволяют прогнозировать агрессивное течение миелоидных неоплазий и раннее развитие рецидива.

Наличие мутаций генов NPM1 и FLT3 у больных миелодиспластическим синдромом и острыми миелобластными лейкозами свидетельствует о благоприятном или агрессивном течении заболеваний.

Высокая частота встречаемости мутации V617F в гене JAK2 у пациентов с Ph-отрицательными хроническими миелопролиферативными заболеваниями убедительно доказывает целесообразность включения данного маркера в алгоритм диагностики заболевания.

ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: КЛИНИКО-ПАТОКИНЕТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

*Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Исламов Ш.Х., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить влияние патопластических факторов на клинику и течение параноидной шизофрении с церебральными гемодинамическими нарушениями и разработать лечебно-реабилитационные мероприятия для данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Пациенты выбраны из группы больных, находившихся на повторном стационарном лечении с диагнозами: «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения» (P20.00) и «Параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения» (P20.01). Клиническая верификация диагноза проводилась с использованием данных стационарного обследования и наблюдения, архивной медицинской документации и научных документов. Осматривались лица в возрасте 20-50 лет с длительностью заболевания не менее двух лет. В исследование не включались больные, имеющие 1 группу инвалидности, недееспособные пациенты, а также госпитализированные в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Из исследования исключены больные, у которых диагноз параноидной шизофрении был установлен до достижения ими 18-летнего возраста, а также пациенты со злокачественным галлюцинозным течением заболевания.

Результаты исследования. Первые заметные результаты были отмечены через 1,5-2 месяца комплексной терапии у 54 пациентов (27,6%). Из них у 46 больных (85,2%) было диагностировано эпизодическое с нарастающим дефектом течение параноидной шизофрении, у 8 человек (14,8%) - непрерывно-прогредиентное течение. К указанному сроку у всех этих больных редуцировались обманы восприятия, одновременно с этим купировались и другие психотические расстройства, в первую очередь сопутствующие нарушения настроения и психические автоматизмы. Больные были спокойны, хорошо спали, отмечали у себя улучшение настроения и нормализацию аппетита. Они достаточно следили за внешним видом, были опрятны и аккуратны. Охотно вступали в контакт, во время беседы были готовы обсуждать актуальные для себя темы, в частности, семейные проблемы, возможность нового трудоустройства или

продолжения работы на прежнем месте. Эти пациенты активно включались в трудовые процессы внутри отделения, охотно ходили на прогулки.

Эти больные составили первую группу, в которой эффективность комплексного лечения с использованием немедикаментозных методов, направленных на восстановление тонуса сосудов головного мозга, была определена как высокая. После выписки из стационара больные продолжали посещать сеансы немедикаментозного лечения, во время которых врач мог оценить состояние пациентов, при необходимости провести коррекцию терапии. Чаще всего она заключалась в объяснении необходимости продолжения приема лекарственных средств.

Выводы. 1. 10-ти летний анализ распространенности шизофрении в населении Андижана (2001 - 2010гг.) показал рост показателей общей заболеваемости (35,8 на 10 тысяч населения в 2010г. против 31,5 в 2001г.), при относительно стабильной величине доли данной патологии в структуре первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами (2,8%).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Исламов Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить патогенетические закономерности формирования специфического дефекта у больных с параноидной шизофренией, сочетающейся с синдромом зависимости от алкоголя, оптимизировать подходы к его диагностике.

Материалы и методы исследования. Структура и характер психических нарушений у различных групп обследованных пациентов имели существенные различия. У больных, страдающих шизофренией без коморбидной патологии в виде синдрома зависимости от алкоголя, общий показатель тяжести клинических проявлений основного заболевания у мужчин и женщин не имел достоверных различий и соответствовал наличию симптомов болезни с минимальным уровнем сложности исполнения социальных функций, либо отвечал критериям, характеризующимся заметными, но умеренными функциональными нарушениями.

Позитивные симптомы шизофрении у данной категории больных характеризовались в основном структурными расстройствами мышления, трудностями в целенаправленном мышлении, склонности к побочным ассоциациям. Отмечались так же расстройства мышления по содержанию в виде наличия более или менее сформированных идей отношения, которые влияли на их поведенческие реакции. Проявления враждебности сглаживались по мере проводимой в стационаре терапии, так как к концу двухнедельного пребывания в стационаре только у 10 % обследованных мужчин и 20% обследованных женщин отмечались признаки косвенного или сдерживаемого выражения гнева в виде враждебных высказываний или вспышек раздражительности.

Результаты исследования. Результаты обследования больных шизофренией с наличием синдрома зависимости от алкоголя в виде коморбидной патологии представлены в таблице 4. При этом тяжесть заболевания соответствовала 3-4 баллам шкалы СвТ-Б. Обращал на себя внимание тот факт, что выраженность продуктивной симптоматики у этой категории больных была достоверно ниже, чем у первой группы больных.

У больных, страдающих шизофренией, сочетающейся с синдромом зависимости от алкоголя, отмечались многочисленные жалобы соматического характера. У больных этой группы также отмечались выраженные волевые нарушения, приводящие к расстройствам поведения и асоциальным действиям. Около 26 % обследованных нами мужчин и 19% женщин совершали асоциальные поступки, попадая в поле зрения полиции.

Характеризуя третью группу пациентов, имеющих выраженную соматическую патологию, считаем целесообразным привести таблицу сопутствующих заболеваний

Обязательным условием включения этой группы пациентов в исследование было наличие у них психической патологии, относящейся к диагностической рубрике: другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни Р 06.8. В результате обследования у пациентов данной группы были выявлены:

Вывод. 1. У больных шизофренией в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя, в отличие от пациентов с той же патологией без алкогольной зависимости, в ходе формирования специфического шизофренического дефекта была достоверно менее выражена продуктивная симптоматика (показатели РАЫ58 соответственно составляли $18,4 \pm 1,1$ и $20,1 \pm 1,2$ у пациентов без коморбидной патологии и $15,4 \pm 1,2$ и $17,1 \pm 1,7$ при наличии синдрома зависимости от алкоголя), однако, показатели негативной и общей психопатологической симптоматики были достоверно выше (соответственно $24,7 \pm 2,5$; $23,6 \pm 2,9$ и $42,2 \pm 4,4$; $44,5 \pm 5,1$). При этом происходило сглаживание психопродукции за счет употребления алкоголя на фоне усиления метаболических расстройств.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

*Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы исследования. Суицидальное поведение является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе. В 2017г. самоубийства составили 1,4% смертей в мире, заняв 15-е место среди всех причин смерти.

Цель исследования: изучение половых различий социально-демографических, клинко-психопатологических, личностно-психологических характеристик и динамики суицидального поведения подростков, совершивших суицидальную попытку.

Материал и методы исследования. Исследование являлось открытым сравнительным проспективным с параллельными независимыми группами (мужской и женской). Всего было обследовано 89 подростков в возрасте от 14 до 17 лет включительно, 42 юноши и 47 девушек (средний возраст 15,6±1,1 лет).

Результаты исследования. Результаты анализа социально-демографических характеристик подростков. Сравнение возрастных показателей у подростков выявило преобладание девушек более раннего возраста (14 лет) по сравнению с юношами (27,7% и 19,0% соответственно). Суицидальная активность у юношей имела возрастную динамику в виде равномерного увеличения количества суицидальных попыток с пиком в возрасте 17 лет (31,0%). Напротив, у девушек имелось два пика суицидальной активности в возрасте 14 лет (27,7%) и в возрасте 16 лет (31,9%). При этом средний возраст девушек и юношей статистически не различался и составлял 15,5±1,1 и 15,7±1,1 соответственно.

При анализе половых различий было выявлено, что среди девушек преобладали учащиеся общеобразовательных школ (42,5%), доля учащихся в средних специальных заведениях составляла 29,8%. У юношей наблюдалось обратное распределение: учащиеся общеобразовательных школ - 19,0%, учащиеся средних специальных заведений - 52,4%. Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,05$). Юноши проживали в менее благоприятных бытовых условиях коммунальных квартир (45,2% юношей и 23,4% девушек) и в интернатах (14,3% юношей и 2,1% девушек).

Вывод. Суицидальное поведение является сложным экстранозологическим интегративным феноменом, проявляющимся во взаимодействии средовых, биологических и психологических факторов и зависящим от возрастных и половых особенностей индивидов.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗМЕРОВ ЛИЦА У ДЕТЕЙ ОТ 7 ДО 17 ЛЕТ

Мирзакаримова Д.Б., Юлдашев Ё.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Рост и развитие ребёнка, морфологическое и функциональное совершенствование его органов и систем являются особенностями детского возраста. Многие исследователи подчёркивали важность изучения основных проблем роста и развития с позиции телосложения (конституции) в возрастном и половом аспекте. Рост и развитие детей считаются одним из основных критериев состояния здоровья населения. Поэтому наблюдения за ростом и развитием детей и подростков – важный раздел практической работы по профилактике, нацеленной на укрепление здоровья.

Составление нормативов и стандартов физического развития детской популяции позволяет создавать объективный антропо-экологический мониторинг, который отражает жизнедеятельность людей и воздействие многочисленных внешних факторов. Чувствительность организма к действию экологических факторов не остается постоянной в разные возрастные периоды. Она меняется в зависимости от того или иного периода онтогенеза. Процессы роста организма наиболее подвержены неблагоприятному влиянию тогда, когда они характеризуются наибольшей интенсивностью.

Цель исследования. Изучить возрастные и индивидуальные особенности изменения высоты и ширины лица, а также челюстной ширины лица у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев города Андижан. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические исследования детей проводились методом В.С.Сперанского, А.И.Зайченко (1980,1988); Г.Г.Автандилова (1990), Р.Н. Дорохова, В.Г.Петрухина (1990).

Результаты исследования показали, что высота лица от 7 до 17 лет у мальчиков увеличивается в 1,17 раза ($c 10,5 \pm 0,2$ до $12,2 \pm 0,1$ см, $P > 0,05$), т.е. в среднем на 1,7 см; у девочек – в 1,1 раза ($c 10,6 \pm 0,2$ до $11,7 \pm 0,1$ см, $P > 0,05$), т.е. в среднем на 1,1 см. При этом наиболее интенсивный рост высоты лица у мальчиков наблюдается в 12 летнем возрасте, у девочек – в 12 и 13 лет.

Ширина лица в школьном периоде у мальчиков увеличивается в 1,17 раза ($c 8,8 \pm 0,2$ до $10,3 \pm 0,2$ см, $P > 0,05$), т.е. в среднем на 1,5 см, у девочек – в 1,2 раза ($c 8,7 \pm 0,3$ до $10,4 \pm 0,2$ см, $P < 0,05$), т.е. в среднем на 1,7 см. Нами отмечено, что у мальчиков ширина лица наиболее интенсивно увеличивается в 8, 9, 12 и 15 лет, а у девочек – в 8, 9 и 17 лет. Следует отметить, что рост ширины лица особенно интенсивен у мальчиков в 8 лет, а у девочек в 8 и 17 лет.

Исследования показали, что у мальчиков челюстная ширина лица от 7 до 17 лет увеличивается в 1,19 раза ($c 7,4 \pm 0,2$ до $8,8 \pm 0,2$ см, $P < 0,05$), т.е. в среднем на 1,4 см; у девочек – в 1,24 раза ($c 7,2 \pm 0,2$ до $8,9 \pm 0,2$ см, $P < 0,05$), т.е. в среднем на 1,7 см. При этом интенсивный рост челюстной ширины лица в школьном периоде у мальчиков происходит – в 9 и 17 лет, а у девочек – 8,14 и 17 лет.

Следовательно, у обоих полов рост высоты и ширины лица, а также челюстной ширины лица происходит гетерохронно и гетеродинамично.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОДОЛЬНЫХ И ПОПЕРЕЧНЫХ РАЗМЕРОВ ГОЛОВЫ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Физическое развитие детей, являясь одним из определяющих показателей состояния здоровья ребёнка, отражает общий уровень жизни различных групп населения и как своеобразный индикатор чувствителен к любым изменениям окружающей среды. Составление нормативов и стандартов физического развития детской популяции позволяет создавать объективный антропо-экологический мониторинг, который отражает жизнедеятельность людей и воздействие многочисленных внешних факторов. Чувствительность организма к действию экологических факторов не остается постоянной в разные возрастные периоды. Она меняется в зависимости от того или иного периода онтогенеза.

Цель исследования. Изучить возрастные и индивидуальные особенности изменения продольных и поперечных размеров головы у детей от 7 до 17 лет.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев города Андижан. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические исследования детей проводились методом В.С.Сперанского, А.И.Зайченко (1980,1988); Г.Г.Автандилова (1990), Р.Н. Дорохова, В.Г.Петрухина (1990).

Результаты исследования показали, что у мальчиков в возрасте от 7 до 17 лет продольный размер головы увеличивается в 1,1 раза (с $16,1 \pm 0,1$ до $17,7 \pm 0,2$ см, $P > 0,05$), у девочек – в 1,07 раза (с $15,8 \pm 0,2$ до $16,9 \pm 0,1$ см, $P > 0,05$). При этом абсолютный прирост продольного размера головы в изученных возрастах у мальчиков составляет в 8 - летнем возрасте (по сравнению с 7 - летним) 0,2 см.; в 9 – 0,1 см; в 10 – 0,1 см; в 11 – 0,11 см; в 12 – 0,12 см; в 13 – 0,02 см; в 14 – 0,05 см; в 15 – 0,08 см; в 16 – 0,5 см; в 17 – 0,22 см; у девочек - соответственно: 0,1; 0,1; 0,1; 0,04; 0,07; 0,17; 0,02; 0,2; 0,15; 0,15 см.

Как мы видим из вышеизложенного, у мальчиков продольный размер головы наиболее интенсивно увеличивается в 16 летнем возрасте, с 8 лет – этот рост замедлен. У девочек рост продольного размера головы наиболее интенсивно происходит в 13, 15, 16, 17 лет, а в остальных возрастах рост замедлен.

Данные показали, что рост продольного размера головы в 8, 11, 12, 14, 16, 17 летнем возрасте у мальчиков больше, чем у девочек, а в 9, 10 лет – рост у обоих полов почти одинаковый.

Поперечный размер головы в школьном возрасте у мальчиков увеличивается в 1,03 раза (с $14,4 \pm 0,2$ до $14,9 \pm 0,1$ см, $P > 0,05$), у девочек – в 1,06 раза (с $13,3 \pm 0,2$ до $14,16 \pm 0,1$ см, $P > 0,05$). Абсолютный прирост поперечного размера головы составляет в 8 летнем возрасте у мальчиков 0,04 см; в 9 лет – 0,06; в 10 – 0,04; в 11 – 0,05; в 12 – 0,01; в 13 – 0,02; в 14 – 0,03; в 15 – 0,03; в 16 – 0,13; в 17 – 0,09 см. у девочек - соответственно: 0,15; 0,15; 0,1; 0,18; 0,14; 0,02; 0,04; 0,0; 0,05; 0,03 см. Исследования показали, что поперечный размер головы у мальчиков больше всего увеличивается в 16 и 17 лет. В 9, 10, 11 лет увеличение несколько менее интенсивно, а в остальных возрастах меньше. У девочек – с 8 по 12 лет рост поперечного размера, значительно, интенсивен, чем в других возрастах.

Нами выявлено, что на всем протяжении школьного периода продольный и поперечный размеры головы мальчиков превосходят девочек.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Муйдинова Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По мнению большинства исследователей высокий процент сопутствующего хронического пародонтита связан с метаболическими, иммунологическими и микроциркуляторными нарушениями у пациентов при заболеваниях почек. Отсутствие эффекта от лечения хронического пародонтита авторы связывают со сложностью выполнения стоматологических манипуляций из-за тяжелого общего состояния больных, уремической интоксикации, анемии и гипоксии клеток мозга.

Учитывая высокую распространенность, длительность течения и лечения пациентов с хроническими заболеваниями почек, возникает необходимость изучения особенностей течения, повышения эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита у данной категории пациентов и улучшения качества жизни, обусловленного стоматологическим здоровьем.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения пародонтита у больных с хроническими заболеваниями почек на основе углубленного изучения особенностей клинического течения, оценки свойств ротовой жидкости и разработки новой лекарственной композиции.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач и изучения клинко-лабораторной эффективности комплексного лечения пародонтита у пациентов с хроническими заболеваниями почек с использованием новой фармакологической композиции проведено одноцентровое рандомизированное клинко-лабораторное открытое контролируемое исследование на базе стоматологического отделения АОСБ города Андижана.

Результаты исследования. Клинические проявления заболеваний полости рта у больных с гломеруло- и тубулоинтерстициальными заболеваниями почек и с хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации отличаются. У больных с гломеруло-, тубуло- и интерстициальными заболеваниями почек доминируют признаки, связанные с нарушением функции слюнных желез и развитием пародонтита, а у больных с хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации — признаки нарушения регенерации тканей.

При изучении лабораторных показателей ротовой жидкости у пациентов с ХПН выявлено достоверное снижение показателей лактоферрин / альбумин до $8343,4 \pm 2573,1$ мг/г альбумина (контроль $25289,8 \pm 5260,8$ мг/г альбумина), мочевины/ альбумин до $18,22 \pm 4,39$ мкмоль/г альбумина (контроль $23,88 \pm 6,65$ мкмоль/г альбумина) и повышение показателя мочевины/альбумин в группе ГТИП до $38,19 \pm 13,56$ мкмоль/г альбумина.

Выраженность клинических проявлений заболеваний пародонта у больных с заболеваниями почек и их социально-психологические последствия приводят к ощутимому снижению стоматологических составляющих качества жизни пациентов по показателю модификации Σ ОНIP-14-Ки.

Разработана новая композиция для лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с заболеваниями почек на основе силативита, включающая витамин С, гидроксипатит и гидролизат коллагена, глюкозамин и доказана ее клиническая эффективность.

Оптимизация алгоритма комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с ХПН и ГТИП с использованием новой лекарственной композиции позволила снизить интенсивность воспаления в тканях пародонта и улучшить качество жизни пациентов, обусловленное стоматологическим здоровьем.

Вывод. Результаты проведенных клинико-лабораторных исследований расширяют представления стоматологов о проявлениях в полости рта при гломерулярных, тубулоинтерстициальных болезнях почек, хронической почечной недостаточности, об особенностях течения и лечения пародонтита у данной категории пациентов.

Предложено использование новой лекарственной композиции на основе силативита с гидролизатом коллагена, гидроксипатитом, витамином С и глюкозаминном С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов с заболеваниями почек и доказана ее эффективность

С учетом полученных результатов клинических и лабораторных исследований оптимизирована схема комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек и хронической почечной недостаточностью.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Муйдинова Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сложность диагностики синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава связана с отсутствием четкого представления о механизме возникновения, разнообразием и непостоянством симптомов данной патологии. По мнению авторов, полноценная диагностика нарушений ВНЧС возможна при проведении общеклинических и специальных методов исследования.

Для выявления симптомов синдрома болевой дисфункции осуществляют графические методы исследования. Исследование вертикальных движений нижней челюсти позволяет объективизировать и дополнить результаты функционального анализа. Большинство известных устройств для регистрации вертикальных движений нижней челюсти имеет большой размер и не позволяет сохранять полученные данные в электронном виде, что может затруднять диагностику.

В связи с этим, возникает необходимость создания компактного устройства и компьютерной программы с возможностью анализа и сохранения полученных результатов исследования.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава путем разработки и внедрения в практику новых методов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач были проанализированы клинические наблюдения 107 человек. В основную группу вошли 55 больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, из них 14 мужчин и 41 женщина, в возрасте от 20 до 59 лет. В группу сравнения были включены 28 человек, диагностика и лечение которых проводилась традиционными методами. Для определения показателей вертикальных движений нижней челюсти в норме с помощью предложенного нами устройства обследована контрольная группа, состоящая из 24 человек (13 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 19 до 25 лет, не предъявляющих жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты исследования. Разработанные с учетом типичных и редко встречающихся симптомов карты обследования и база данных позволили составить полную клиническую картину нозологических форм синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - вывиха внутрисуставного диска и окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома, систематизировать и документировать в электронном виде полученные данные для последующей обработки.

При обследовании пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выявлены встречающиеся в 100% случаев, с учетом которых детально разработаны таблицы дифференциальной диагностики вывиха внутрисуставного диска и окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома.

Специальными методами исследования установлена сильная корреляционная связь ($r \sim 0.98$) между амплитудой вертикальных движений нижней челюсти, изменением биоэлектрических потенциалов жевательных мышц и возникновением окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома и вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава.

Так, при регистрации вертикальных движений нижней челюсти установлено снижение амплитуды открывания рта (на $23,8 \pm 7,1\%$ и $28,6 \pm 0,2\%$ соответственно); при электромиографическом исследовании собственно жевательных и височных мышц - повышение биоэлектрических потенциалов в покое (на $36,7 \pm 10,9\%$ и $29,5 \pm 7,3\%$ соответственно); снижение при максимальном сжатии (на $7,7 \pm 1,4\%$ и $37,2 \pm 8,4\%$ соответственно); при жевании (на $9,5 \pm 2,3\%$ и $33,2 \pm 9,5\%$ при ОАДС ВНЧС и ВД ВНЧС).

Обследование по предложенной схеме и этиопатогенетическое комплексное лечение пациентов основной группы показало, что 89,1% из них спустя 3-6 месяцев были полностью вылечены, у 7,3% возник рецидив заболевания, а у 3,6% лечение не принесло желаемого результата. В группе сравнения же 71,4% больных не предъявляли жалоб, у 17,9% наступил рецидив заболевания, а в 10,7% случаев не наблюдалось положительного результата.

Созданная и внедренная в практику карта обследования пациента с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава, а также сформированная на ее основе база данных, разработанное устройство для регистрации вертикальных движений нижней челюсти и предложенный способ лечения вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава, позволили повысить эффективность диагностики и лечения на 17,7% по сравнению с традиционными методами.

Вывод. На основании общих и специальных методов исследования составлена унифицированная карта обследования, включающая 156 симптомов, из них 34 - редко встречающихся, а также база данных для систематизации полученных данных и хранения их в электронном виде.

Для изучения характера вертикальных движений нижней челюсти при помощи регистрации вертикальных движений нижней челюсти до и после лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава разработано устройство и программа.

ЮҚУМЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИДА АНТИГЕН БОЎЛОВЧИ ЛИМФОЦИТЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Мулладжанова К.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Юқумли ичак инфекцияси илк ёшдаги болалар ўртасида кўп учрайди. Айниқса, табиий овқатлантиришдан қўшимча овқатга ўтказганда ва сунъий овқатлантирилаётган болалар ўртасида кўпчиликни ташкил қилади. Бундай болалар шифохонага гастроэнтерит, энтероколит ва гастроэнтероколит кўринишидаги клиник белгилар билан ётқизилади. Кўп ҳолларда илк ёшдаги болаларда касаллик асоратлари: токсикоз-эксикоз, нейротоксикоз кўринишида намоён бўлади. Касалликнинг клиник белгилари асосида клиник, бактериологик ва иммунологик текширув ишлари амалга оширилди. Иммунологик текширувлардан антиген боғловчи лимфоцитларни (АСЛ) мия, жигар, ингичка ва йўғон ичаклардан тайёрланган антигенлари билан боғланишларини текширдик. Антиген боғловчи лимфоцитларнинг пайдо бўлиши, уларнинг антитела ҳосил бўлишидаги ўзгарувчанлиги натижасида касалликнинг бошланғич даврида иммун жавоб рўй бериши аниқланди. Маълумки, антиген боғловчи лимфоцитлар - АСЛ диареяларда ҳам юқори махсусликка эга. Нормал ҳолатда хужайра ичида оксил миқдори бўлмайди. Патологик жараёнларда эса хужайра ичида оксил ажралиб, буйрақлар орқали чиқиб кета олмайди ва организмда маълум бир муддат сақланиб туради. Узоқ муддат организмда сақланиши натижасида иммун реакция ҳосил бўлиб, лимфоцитлар миқдори ва махсус сенсбиллашган хужайра антигенлари миқдори ортиши кузатилади. Алоҳида органларга нисбатан АСЛ нинг ортиши шу органлар патологиясидан далолат беради ва уларнинг камайиши эса даволаш натижалари ҳисобига бўлади.

Текширув мақсади: Илк ёшдаги болалар диарея касалликларида антиген боғловчи лимфоцитлар (АСЛ) миқдорининг мия, жигар, ингичка ичак ва йўғон ичаклардаги махсус антигенларга муносабатини текшириш.

Текширув усуллари ва олинган натижалар: Кузатувимизда 20 нафар назорат гуруҳидаги соғлом болалар ва 50 нафар бемор болалар бўлди. Гастроэнтерит – 14 нафарни, энтерит – 9 нафарни, энтероколит – 11 нафарни, гастроэнтероколит билан – 16 нафарни ташкил қилди. Бу болалар ўртасида табиий йўл билан овқатлантирилаётган болалар – 24 нафарни, сунъий йўл билан эса – 6 нафарни, аралаш овқатланаётганлар эса – 20 нафарни ташкил қилган. ($P < 0,001$)

Текширилган назорат гуруҳидагилардан АСЛ миқдори мия антигенига, жигар, ингичка ва йўғон ичак антигенига нисбатан текширилганда, 5-6 % ни ташкил қилди.

Оғир ҳолатдаги нейротоксикоз асорати билан келган беморларда мия антигени 35 нафар беморда юқори кўрсаткич берган, 26 нафар беморда эса жигар антигени юқори кўрсаткич берган. Энтерит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит ва энтероколит белгилари бўлганларда қуйидаги натижалар олинди. Энтерит 18 ± 5 9-32, гастроэнтерит 28 ± 6 16-43, гастроэнтероколит 32 ± 6 20-47 ва энтероколит 22 ± 6 12-36 ни ташкил қилди. ($P < 0,001$)

Хулоса: АСЛ - антиген боғловчи лимфоцитлар миқдорини аниқлаш диарея касалликларида серологик ва бактериологик методлардан афзал эканлиги маълум бўлди.

Олинган натижаларга кўра диарея касалликларида эрта ташхис қўйишга эришиш касалликнинг бошида ва авжи даврида, касаллик асорат билан кечгандаги кўрсаткичлар, ҳар бир орган антигенлари миқдорининг ортишини аниқлади. Реконвалесценция даврида эса АСЛ миқдори камайганлиги маълум бўлди.

АСЛ- тести жавоби 1 суткада тайёр бўлиб, эрта ташхис билан биргаликда эрта даволашни йўлга қўйишни ҳам таъминлайди.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ЙОДА

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Салиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния дефицита йода на психическое здоровье детей, рожденных в близкородственных браках (из анамнеза) для своевременной диагностики, комплексной терапии и профилактики выявленных расстройств.

Материалы и методы исследования. Проведенное исследование носило клинко-эпидемиологический характер с использованием тестовых методик. Для решения поставленных перед исследованием задач были проанализированы эпидемиологические данные, полученные на группе из 105 детей, обследованных в городе Андижан.

Результаты исследования. Результаты скринингового исследования уровня IQ. При анализе данных видно (см. таблицу 2), что среднее значение IQ более низкое в йододефицитных регионах в сравнении с регионами без дефицита, при этом значения уменьшаются с утяжелением дефицита йода. Выявленные различия являются достоверными ($p < 0,01$). Аналогичные тенденции выявляются и в отношении моды и медианы значений, т.е. показателей, в большей степени отвечающих требованиям непараметрического анализа. Значения моды снижается с утяжелением степени дефицита йода, различия являются достоверными. Для исследования достоверности различий был использован критерий * χ^2 . Сравнение наблюдаемых и ожидаемых частот при сравнении значений IQ в йододефицитных регионах и регионах без дефицита йода нулевая гипотеза была отвергнута, что означает наличие достоверного различия ($p < 0,01$). То же наблюдается и при сравнении регионов с различной степенью тяжести дефицита йода. Также, можно обратить внимание на высокую, в сравнении с остальными группами 25%-ую перцентиль в регионах без дефицита йода, что свидетельствует о меньшем количестве низких значений IQ (2 в этой группе).

В регионах с наличием дефицита йода частота детей, $[<3$ которых ниже 95 составляет $64,72 \pm 2,9\%$ с вероятностью 95%. В регионах без дефицита йода - $57,68 \pm 4,5\%$ с вероятностью 95%. Необходимо оценить степень достоверности выявленных различий, для чего применяются непараметрические методы, а именно проверка статистической нулевой гипотезы об отсутствии различий с использованием критерия При этом достоверность выявленных различий составляет

$p < 0,000002$. В регионах с наличием дефицита йода частота детей, IC которых ниже 100 составляет $88,35 \pm 1,3\%$ с вероятностью 95%. В регионах без дефицита йода - $84,04 \pm 1,9\%$ с вероятностью 95%. Достоверность выявленных различий с использованием критерия составляет $p < 0,0001$. Разница в уровнях IQ в регионах с наличием и отсутствием дефицита йода составляет 7,04% отставания в интеллектуальном развитии в регионах с дефицитом йода (по нижней границе нормы $13=95$). Кроме этого, отмечается 4,29% отставание от пика нормального распределения уровня в популяции.

Выводы. Проведенное исследование показало, что дефицит йода вызывает недоразвитие уровня интеллекта у детей на популяционном уровне, которое носит двухкомпонентный характер, сочетая в себе признаки континуального и порогового эффектов. Разница в уровнях IQ в регионах с наличием и отсутствием дефицита йода составляет 7,04% отставания в интеллектуальном развитии в регионах с дефицитом йода (по нижней границе нормы $10=95$), кроме того, отмечается 4,29% отставание от пика нормального распределения уровня в популяции (достоверность выявленных различий с использованием критерия χ^2 составляет $p < 0,000002$ и $p < 0,0001$ соответственно).

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНОМАЛИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

*Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Далимова С.А., Аскарова К.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Поведение человека, которое резко отличается от ожидаемой и имеет определенные отклонения, называется *девиантным*. Основной проблемой по решению девиантного поведения является изучение патологической наследственности и условий жизни человека. Понимание причин девиантности является весьма важным и для ее профилактики.

Так, например, в советское время алкоголизм считали болезнью, а борьбу с этим явлением осуществляли только исключительно социальными методами, одним из которых было введение "сухого закона". Алкоголиков "воспитывали", штрафуя их в соответствующих размерах, однако не лечили. То же касалось и людей нетрадиционной ориентации, которых в обществе воспринимали в основном как извращенцев и социально опасных лиц и т.д.

Цель исследования. Изучить генетические основы аномалий поведения у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материалы и методы исследования. Основной задачей анализа сцепления является локализация гена, ответственного за развитие и проявление признака рассматриваемого. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет.

Результаты исследования. Попытки анализа этого сложного социального явления с психогенетической точки зрения неоднократно осуществлялись учеными. Конкордантность монозиготных близнецов (71%) по этой характеристике выше по сравнению с дизиготными близнецами (34%). Предполагают, что воздействие окружающей среды влияет на дисперсию признаков, однако влияние факторов окружающей среды при этом снижается. Так, по данным наших работ, подражания антисоциального поведения у подростков составляет 0,07%, а влияние социума - 0,31%, у взрослых - 0,43 % и 0,05% соответственно.

Психогенетический анализ показал, что в основе антисоциального поведения подростков лежат генетические причины. Негативное отношение родителей и жесткие методы воспитания является реакцией на девиантное поведение подростков. Причиной преступности может быть аномальное развитие личности, что связано как с наследственностью, так и с влиянием факторов окружающей среды (травмы, болезни).

Среди преступников наблюдается значительное количество особей с психопатиями и различными патологиями. У 15% из них проявляют патологические изменения при проведении электроэнцефалографических исследований. Анализ синдрома излишней

В-хромосомы (ХУУ) и синдрома Клайнфельтера (ХХУ) показал, что среди преступников и агрессивных психопатов такие мутации наблюдаются в 7-10 раз чаще, чем в целом в популяции.

Выводы. Такие больные отстают в умственном развитии, имеют пониженный коэффициент интеллекта, возбужденную социальную адаптацию, низкий уровень контроля между эмоциями и проявлением агрессии. В некоторых случаях точечные мутации приводят к агрессивности и импульсивности в сексуальном поведении в отношении женщин. Этот синдром связан с геном, который кодирует структуру фермента MAO.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ НАСЛЕДОВАННОГО АУТИЗМА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО БРАКА

*Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Согласно современным международным нозологическим классификациям (МКБ-10 и DSM-IV), аутизм относится к стойким синдромам нарушения психического развития. Первые проявления болезни наблюдаются вскоре после рождения или в течение первых 5 лет жизни ребенка. Этиология аутизма неизвестна. Установлено, что 2 и 17 хромосомы человека содержат участки, в которых закодирована склонность к аутизму. Исследователям также удалось подтвердить предположение о том, что подобные участки также в 7 и 16 хромосомах.

Одной из причин, вызывающих вторичный аутизм, являются стрессовые факторы, от которых зависит проявление наследственной предрасположенности. Исследования близнецов показали, что аутизмом может страдать только один из них. Такая наследственность является многофакторной, а склонность к этому заболеванию связана с определенными генами и хромосомами.

Цель исследования. Изучить генетические модели наследованного аутизма у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материалы и методы исследования. Методы анализа сцепления содержат набор различных методических приемов, позволяющих статистически определять вероятность того, что ген анализируемого заболевания сцеплен с одним или несколькими из изученных генных маркеров. Основной задачей анализа сцепления является локализация гена, ответственного за развитие и проявление признака рассматриваемого. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет.

Результаты исследования. Среди исследуемых было 23 пары МБ и 17 пар ДБ. Конкордантность составила 95,7% для МБ и только 23,5% для ДБ. Эти оценки статистически надежно отличались друг от друга и, казалось бы, подтверждали гипотезу о генетическом влиянии на формирование и развитие аутизма. Однако, как уже отмечалось, выборка была создана на основе добровольного участия близнецовых пар, теоретически могло привести к искажению результатов.

Следует отметить, что при анализе результатов предыдущих генетических исследований аутизма было обнаружено, что большинство работ по этой тематике, выполненных в 70-х годах XX в., представляли собой описания отдельных случаев. Известно, что обобщенная выборка, составленная на основе этих публикаций, содержала всего 32 близнеца, пары, среди которых МБ было примерно вдвое больше ДБ (22 и 10 соответственно), в генеральной популяции количество ДБ преобладала над МБ, а в исследованиях близнецов ДБ-пары были разнополыми.

Семейные исследования указывают на то, что риск для sibсов заболеть аутизмом составляет в среднем 4,2%. Одни ученые связывают возникновение этого заболевания с дупликацией в пределах 15q11-q3 хромосомы, другие - с геном переносчиком серотонина на 17q хромосоме и с гаплотипом системы HLA B44SC30DR4 на 6 хромосоме.

Выводы. Результаты первых молекулярно-генетических исследований аутизма не выявили сцепление между 30 маркерами ДНК и анализируемой по признаку. Позже были высказаны предположения о возможной связи аутизма с генетическими маркерами на хромосомах 6 и 15. Также выдвигались гипотезы и по связи аутизма с различными отдельно взятыми участками генома. В 1997г. Международная группа по исследованию аутизма, возглавляемая профессором Раттер, заявила о наличии сцепления фенотипа с генетическими маркерами на хромосомах 7 и 16. Однако эти результаты пока не удалось воспроизвести в других лабораториях. Поэтому и сегодня осуществляются молекулярно-генетические исследования, а проблема появления происхождения аутизма остается выясненной.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КУРЕНИЮ

*Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Козимжонов И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема курения в современном мире сейчас стоит на первом месте, т. к. по последним данным, число курильщиков превышает 1 млрд. В России курят 58% мужчин и 12% женщин. Это соответственно сказывается на здоровье всей нации и всей страны. А при губительном воздействии табака на организм, встает вопрос о будущем нашей страны и наших детей.

Курение является одной из вредных и распространенных привычек среди молодежи. Кроме нанесения непоправимого вреда здоровью курящих и их окружению, эта привычка препятствует формированию у детей, подростков, юношей и девушек, адекватных возрасту поведенческих установок на здоровый образ жизни, замедляет личностный и нравственный рост.

Цель исследования. Изучить генетическую предрасположенность к курению среди подростков.

Материалы и методы исследования. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном наркологическом диспансере (АОНД), были отобраны 50 подростков, в возрасте от 11 до 17 лет. У них из анамнеза определялась склонность генетической предрасположенности к курению.

Результаты исследования. Наши собственные исследования показали, что курят 89% детей в возрасте от 11 до 13 лет, 68% подростков 14-15-летнего возраста и 71% в возрасте 16-17 лет. При этом для первой категории нормой является 1-2 сигареты в день, а для последней от шести до десяти штук.

Раннее начало курения формирует у подростков стойкую никотиновую зависимость, от которой трудно избавиться в дальнейшем [3,4,5]. В подростковом возрасте идет интенсивный рост всего организма, и курение значительно замедляет этот рост. Большинству функций и систем организма так и не удастся развиться на тот уровень, который заложен природой. У подростков, очень рано начавших курить, наблюдается маленький рост, слаборазвитая грудная клетка, отмечается ослабление мышечной силы. Курение среди подростков ведёт к сильному снижению общего показателя здоровья всей нации.

Подростковый возраст - особый период в физиологическом, психологическом и социальном плане. Интенсивный рост и половое созревание, определенная психологическая неуравновешенность и эмоциональность сочетаются со стремлением стать взрослее, самоутвердиться, быть принятым в своем окружении. Для подростков характерно экспериментирование, проба своих возможностей и, как следствие, склонность к рискованным формам поведения. Формирование вредных привычек связано с определенными социальными и индивидуальными предпосылками.

Подростки отмечают также такие причины начала курения как любопытство, пример друзей и взрослых, влияние средств массовой информации, рекламу, боязнь оказаться несовременным, отстать от сверстников. Профилактика табакокурения среди подростков должна начинаться, когда стереотипы поведения и мышления ещё не сформировались. Когда ещё нет стойкой табачной зависимости. Только в случае такого подхода можно надеяться на какой-то положительный результат.

Выводы. Профилактика табакокурения среди подростков – это не только профилактика никотиновой зависимости, но и профилактика сохранения здоровья всей нации, это реальная возможность увеличить

продолжительность жизни, предотвратить развитие распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы, хронических бронхо-лёгочных заболеваний, рака лёгких и других болезней.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, МУЖЬЯ КОТОРЫХ ЗАВИСИМЫ ОТ ОПИАТОВ

*Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Целью исследования является изучение клинических особенностей аутоагрессивного поведения женщин, мужа которых зависимы от опиатных наркотиков, и разработка рекомендаций по его ранней диагностике и профилактике.

Материалы и методы исследования. За период 2017 - 2020 годы были обследованы 34 семьи, больных опийной наркоманией. Другими словами, 34 мужчин больных опийной наркоманией (МБН) и, соответственно, их жены (ЖМБН), возраст обоих супругов находился в пределах 18 - 38 лет (средний возраст $26 \pm 1,7$).

Результаты исследования. Анализ частоты встречаемости психической патологии в семьях больных опийной наркоманией показал, что наибольший удельный вес занимал алкоголизм по линии отца (41,1%). В группе женщин, мужа которых больны опийной наркоманией, отягощенность алкоголизмом была существенно меньше (26,5%). Частота заболеваемости наркоманиями по первой линии родства встречалась со стороны отца и матери в группе больных (17,6%). По второй линии родства она отмечалась лишь в группе женщин и мужчин, больных наркоманией (5,8%).

Среди других психических заболеваний шизофрения установлена только в группе пациентов. Аффективная патология наблюдалась у родственников обеих групп. Удельный вес составил 11,7% - группа МБН; 17,5% - группа ЖМБН.

К моменту исследования социальный статус больных был следующим: в неполной семье воспитывались 35,3% - больные опийной наркоманией и 17,6% - жены больных опийной наркоманией.

Среди неблагоприятных микросоциальных условий в анамнезе отмечалось: низкое материальное положение (52,9% - группа МБН и 32,3% - группа ЖМБН). Обследуемые из группы больных нигде не работали 55,8%, были заняты на непостоянной низкоквалифицированной работе 26,4%. В группе созависимых жен подавляющая часть обследованных работала на должностях, согласно полученному образованию - 64,7%; оставшиеся также работали, но не по дипломированной специальности (низкоквалифицированный труд) - 35,3%. У всех обследуемых в анамнезе повторные браки не зафиксированы. Срок семейной жизни в браке составил $7 \pm 0,8$ лет. Возраст вступления в брак $19 \pm 0,9$.

Что касается группы больных опийной наркоманией, то первые пробы наркотиков практически у всех пациентов приходились на 15-17 лет. Часть больных начинала с употребления гашиша (обычно в возрасте 15 лет), другая часть - с опия (в 16-17 лет), чаще всего, интраназально.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о негативной наследственной, отягощенной созависимых жен, по сравнению с женами группы контроля как в отношении более частой актуализации суицидальных мыслей, так и в отношении предшествующих суицидальных попыток.

КОРЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Худайкулова Г.К., Шукуров Б.В., Бабаджанова Ф.У., Муминова М.Т., Эргашев Б.М.
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность проблемы кори в мире до середины XX века определялась высокими уровнями заболеваемости населения, широкой распространенностью и высокой летальностью среди детского населения (31,5%). В 2017 г. корь стала причиной 110 000 случаев смерти в мире, в основном детей в возрасте до 5 лет. За период с 2000 по 2017 гг. противокоревая вакцинация привела к снижению глобальной смертности от кори на 80%.

Цель исследования. Изучить влияющие факторы на развитие, течение и осложнение кори на современном этапе у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось в детском инфекционном отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Диагноз поставлен на основании клинических, серологических и бактериологических исследований.

Результаты исследования. Больной: Турсунпулатов Имрон. Дата рождения 28.08.2018 (возраст 1г 3 мес). Вес: 18 кг. Дата поступления: 24.11.2019 г. Дата выписки: 05.12.2019 г. Основной диагноз: корь, тяжелое течение. Осложнение: ларингит. Двухсторонняя прикорневая бронхопневмония. Интоксикация центральной нервной системы. Сопутствующий: паратиф. Анемия II степени. Лимфатико-гипопластический диатез. Тимомегалия. Экссудативно-катаральный диатез. Кишечный дисбактериоз. Рахит I степени.

Жалобы при поступлении: на повышение температуры тела до 39°C , вялость, снижение аппетита, беспокойство, общую слабость, насморк, лающий кашель с выделением мокроты, осиплость голоса, слезотечение, судороги, набухание родничка, монотонный плач, светобоязнь, сыпь по всему телу, рвота, понос, вздутие живота, запор, рвоты, головные боли при плаче. Из эпиданамнеза, со слов матери, в связи с сопутствующими заболеваниями в течении 1 месяца находился в различных стационарах: ГДБ №1, ДБ №5, Инфекционная больница №3. Прививки: КПК не получал. Из анамнеза заболевания: Со слов матери, ребенок болен с 17.11.2019 (на момент поступления 7 дней), заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39°C , насморка. Дома получил следующие лекарства: парацетамол, ибупрофен, цефод, Ласто-Г. С 19.11.2019 г по 24.11.2019 г. находился на стационарном лечении в ГДКБ №5 с диагнозом ОРИ + обструктивный бронхит. В 23.11.2019 появилась сыпь за ушами, на лбу, крыльях носа, на следующий день присоединился кашель, сыпь распространилась по всему телу. 24.11.2019 г. с предварительным диагнозом корь доставлен в МПК ТМА, госпитализирован в инфекционное отделение. Из анамнеза жизни: Ребенок от 2-й беременности, 1-х родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем на сроке 8 недель. Беременность протекала на фоне анемии, токсикоза, частых

ОРВИ. Роды были естественным путем, в сроке 39 недель. Вес при рождении - 4500 гр, рост- 58 см. Ребенок с 2-х месячного возраста на искусственном вскармливании, с рождения ребенок часто болеет простудными заболеваниями. Несколько раз по поводу чего находился на стационарном лечении. Состоит на учете у невропатолога с ППНС. Аллергоанамнез: на цефазолин. Данные объективного осмотра: общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Ребенок на осмолт реагирует плачем. Температура тела 39,5°C. Телосложение правильное, повышенного питания. Родничок размером 0.5х0.5, выбухает. Мышечный тонус понижен. Затылочные, заднешейные, подчелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны, не спаяны. Кожные покровы бледной окраски, по всему телу обильная ярко-выраженная макуло-папулезная сыпь на неизменном фоне кожи, склонная к слиянию, характеризующаяся поэтапным появлением. Тургор и эластичность кожи снижены. Лицо одутловатое, веки пастозные. Конъюнктивы гиперемированы, склера инъецирована. Светобоязнь, слезотечение.

Дыхательная система: ЧДД=40. выраженная экспираторная одышка. Дыхание смешанного типа, через нос затруднено, отделяемое слизистое. Грудная клетка без деформаций. При сравнительной перкуссии с двух сторон притупление. Аускультативно на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие, местами влажные хрипы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. Пульс слабого наполнения, 120 ударов в минуту. Полость рта гиперемирована, разрыхлена. На слизистой оболочки щек с обеих сторон симптом Филатова-Бельского-Коплика. На твердом небе коревая энантема. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена +2 см, плотная, края острые, чувствительная. Стул 3-5 раз в день, жидкий, желтого цвета, с примесью слизи. Суточный диурез уменьшен. Менингеальные симптомы слабо положительные (выбухание родничка, ригидность затылочных мышц, симптом Брудзинского верхний, нижний слабо положительные). Лабораторные данные: ОАК НВ - 88г/л; Эритроциты - $3,1 \cdot 10^{12}/л$; ЦП - 0,87; Тромбоциты - $260 \cdot 10^9/л$; Лейкоциты - $12 \cdot 10^9/л$; моно-4%; п/я-2%; с/я-64%; лимф-23%; эозин - 7%; СОЭ-20 мм/час. ОАМ - отн.пл. - 1020; реакция - 6.5; бактерии - abs; соли - abs; Копрограмма: нейтральный жир+; жирные кислоты ++; крахмал +; бактерии ++; слизь ++ на слизи 5-8-9 лейкоц. в п/зр; Соскоб на я/глист - отрицательный. ИФА: (корь) IgM положительный оп=3,109; (краснуха): IgM отрицательный оп=0,028. Рентгенограмма грудной клетки: Бронхопневмония на фоне тимомегалии. Тактика лечения: Немедикаментозное: Режим: госпитализация. Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа, ушей, несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой. Диета: стол № 13. Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета. Медикаментозное лечение: Для купирования гипертермического синдрома - Парацетамол 250 мг супп. - по 1 супп. 3 раза/день per rectum № 5, С противовирусной и иммуномодулирующей целью - Виферон-1 (интерферон α -2b) - по 1 супп. 2 раза/день № 10, При конъюнктивите - промывание глаз раствором нитрофурала 1:5000 3-4 раза в день - № 5, сульфатетамид 20% по 1 капле 4 раза в день в каждый глаз - № 5, Ретинол - по 2 капс 1 раз в день, 2 дня Меркалин 100 мг, 5 мл - 0.5% новокаин - каждые 12 часов в/в № 7., Клафоран 1.0 гр (цефотаксим), 5 мл - 0.5% новокаин - каждые 8 часов в/в № 7, Фуросемид 1% 2мл по 0.5 мл 1 раз в/м №2, Эуфиллин 2,4% 0,5 мл + Натрия хлорид 0,9% 10,0 мл в/в стр., Реосорбикал 100,0 мл в/в кап., Дексаметазон 4 мг 2 р в сутки, Диакарб 200 мг 1/3 табл. 1 р в сутки натощак, Аспаркам 1/3 табл., Синглон 4 мг по 1/2 табл. 1 раз в сутки, Эдем 1/2 табл. 1 раз в сутки, Энтеросорбент - Смекта - по 4 пак/3 дня, по 2 пак/с 4 дня № 2, Коррекция дисбиоза кишечника - Энтерол по 1 пак 2 раза/день № 5, Препараты цинка - Цинк 20 мг 1/2 таб в день № 14, Регидратация - ОРСА - по 1 ч.л. каждый 5 мин. до прекращения диареи, причиной возникновения у данного пациента кори является возможно внутрибольничная инфекция.

Вывод: При наличии фоновых и сопутствующих заболеваний ухудшается течение кори и развиваются осложнения в виде менингита, ларингита, бронхопневмонии и др. Причинами увеличения заболеваемости корью являются миграция внутри и вне страны, а также увеличение количества мед. и самоотводов от прививок. При вспышках эпидемии кори рекомендуется начать вакцинацию с 6 месячного возраста. Детям в возрасте 1 года и 6-7 лет по нац. календарю прививок рекомендуется КПК (MMR). С 6 месяцев и в не прививаемом возрасте - моновакцина или КК (корь-краснуха)

ТРОМБОФИЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мусаиайхов У.Х., Бобоев К.Т., Шамсутдинова Д.Б., Мусаиайхова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан

Актуальность проблемы. Проблема борьбы с тромбозами является наиболее актуальной для современного человека. От тромбозов сосудов ежегодно в мире погибает почти 25 млн человек. От артериального тромбоза, главными проявлениями которого служат инфаркт миокарда и ишемический инсульт, - более 18 млн, от тромбозмболии легочной артерии - 7 млн.

Образование тромбов происходит в результате сложного взаимодействия между эндотелием сосудов, тромбоцитами, факторами свёртывания крови, естественными антикоагулянтами и фибринолитической системой крови.

При венозном тромбообразовании такой компонент, как повреждение сосудистой стенки, играет значительно меньшую роль, чем при формировании артериального тромба, так как в большинстве случаев венозная стенка остаётся интактной. Предполагают, что наиболее важным здесь является повышенная склонность крови больных к свёртыванию, что получило название тромбофилии. Что же такое тромбофилия?

Цель и задачи исследования. Изучить и оценить основные причины развития гиперкоагуляционного синдрома как фактора риска развития тромбоэмболических осложнений при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был выполнен систематический анализ литературы по тромбофилиям в онлайн ресурсах.

Полученные результаты и их обсуждение. Сегодня каждый врач должен знать, что тромбофилия - это особенность организма, которая определяет его повышенную склонность к формированию внутрисосудистых тромбов в обычных ситуациях, при отсутствии иных заболеваний. Тромбообразование - процесс формирования сгустков крови в

местах повреждения сосудистой стенки с целью остановки гемостаза и обеспечения сохранности сосудистой стенки. Тромбообразование является нормальной по своей сути процессом, который препятствует избыточному истечению крови в местах повреждения сосудистой стенки. Однако в том случае, если тромбообразующий процесс становится избыточным или является самостоятельной причиной повреждения сосудистых формирований, он представляет собой патологический тромбоз. Тромбоз - патология, вызванная аномальным формированием тромба в кровеносных сосудах. Тромбофилическое состояние - это многочисленные нарушения в системе гемостаза, которые обуславливают повышенную склонность к развитию тромбозов кровеносных сосудов различного калибра и локализации. Клиническому проявлению тромбоза предшествует состояние, характеризующееся повышенным риском развития неконтролируемого патологического тромбообразования. Наличие тромбофилии не означает фатальной неизбежности развития тромбоза, однако значительная часть лиц с таким состоянием испытывает в течение жизни те или иные тромбофилические проявления и их осложнения в виде острого инфаркта миокарда, ишемии мозга, тромбозов вен и артерий и т.д.

Существенным прогрессом в понимании развития повышенной склонности организма человека к тромбообразованию стало обнаружение связи между частотой тромбозов и уровнем гомоцистеина крови. Исследования в этой области показали, что гипергомоцистеинемия повышает склонность к развитию тромбоза в 2,5 раза.

Известно, что гомоцистеин это сульфгидрильная аминокислота, возникающая в ходе метаболизма незаменимой аминокислоты метионина.

На уровень гомоцистеина влияют возраст (повышается с возрастом), пол (более низкий у женщин в детородном возрасте, чем у мужчин, и увеличивается после наступления менопаузы), диета (потребление витаминов В₁₂, В₆ и фолиевой кислоты). Уровень гомоцистеина зависит от функции почек, курения, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии и чрезмерной физической нагрузки, употребления кофе и алкоголя. Генетической причиной повышения уровня гомоцистеина в крови является мутация в гене фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) или в гене цистатионин - β - синтазы (ЦБС).

Данная форма тромбофилии является самой распространённой. Среди европейцев она обнаруживается у 5-15% населения. Важно отметить, что витаминотерапия способна в значительной мере нормализовать уровень гомоцистеина даже при наличии генетического дефекта.

Проблемы тромбофилии активно изучаются. Однако многие вопросы остаются пока без ответа. До конца не ясно, когда тромбофилии проявят себя клинически. Почему одни лица живут всю жизнь и не имеют тромбов в венах, другие же страдают рецидивирующими тромбозами. В то же время при появлении других факторов риска венозного тромбоэмболизма у лиц, являющихся носителями тромбофилии, вероятность развития этой патологии значительно возрастает.

Остается не ясным, почему наличие факторов риска первого тромбоза не прогнозирует их повторение? Каковы факторы возникновения рецидива? Имеющиеся на сегодня данные позволяют говорить о том, что наличие тромбофилии определяет риск развития первого эпизода тромбозов вен, но при этом не являются весомым фактором риска их рецидива.

Заклучение. Таким образом, выявление тромбофилии не является абсолютным показанием к проведению профилактики тромбозов. Однако сочетание тромбофилии с факторами риска венозного тромбоэмболизма значительно увеличивает частоту развития венозных тромбозов и требует их предотвращения.

Врачу необходимо знать о наиболее часто встречающихся и значимых формах тромбофилии. Можно предположить, что истинная распространенность тромбофилии значительно превышает сегодняшние данные по этой патологии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Хидиров М.С.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хирургическая тактика при деструктивном панкреатите остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Заболеваемость некротизирующим панкреатитом за последние 10 лет не снижается. Больные острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% случаев острый панкреатит носит деструктивный характер. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Инфекционные осложнения составляют 80% причин смерти больных с деструктивным панкреатитом. Послеоперационная летальность без дифференциации ее клинических форм достигает 23-26%. Среди причин высокой летальности одно из ведущих мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный выбор хирургических методов лечения (Ш.И. Каримов с соавт., 2012; M. Zarretal., 2007).

Цель исследования. Оптимизировать тактику оперативного лечения деструктивного панкреатита.

Материалы и методы Нами проведен анализ результатов клинического обследования и лечения 102 больных, находившихся в СФРНЦЭМП за период с 2011 по 2019 гг. Соотношение мужчин и женщин составляло 53,8% и 46,2%. Количество больных старше 60 лет было 53,8%. Более половины больных поступило в поздние сроки заболевания. У 55% больных при направлении в стационар был выставлен неправильный диагноз. Среди больных с панкреонекрозом у 7,7% был инфицированный панкреонекроз, у 48% жировой панкреонекроз, у 40,4% геморрагический, у 3,8% выявлена смешанная форма панкреонекроза. Предложенная классификация В.С. Савельевым (2001) на наш взгляд соответствует современному уровню комплексной клинической, лабораторной и топической инструментальной диагностики острого панкреатита и его разнообразных осложнений. При поступлении выполнялась ФГДС, УЗИ, общеклинические методы исследования.

Результаты. Главными целями консервативной терапии острого панкреатита по нашим данным являются:

- голод (3-7 суток)
- инфузионная терапия
- подавление секреции поджелудочной железы (в/в контролол, Н₂ блокаторы, препараты соматостатина, окреотида и цитостатики)

- назогастральный зонд при рвоте и/или парезе кишечника
- адекватное обезболивание
- антибактериальная профилактика и терапия(меропенем, цефепим+метронидазол идр.)

Операция начинается с диагностической лапароскопии, определяется вид панкреонекроза уточненный оментобурсоскопией. Во всех случаях панкреонекроза за исключением некротического инфицированного операция заключалась в лапароскопической оментобурсоскопии, санации брюшной полости, раздельном дренировании сальниковой сумки и брюшной полости. При необходимости проведения марсупиализации поджелудочной железы проводилась коррекция из минидоступа после лапароскопической санации. В случаях некротического панкреонекроза проводилась лапароскопическая санация брюшной полости и лапаротомия. Наложение холецистостомы проводилось пациентам с напряженным желчным пузырем и с явлениями механической желтухи. Лапароскопическая чрезкожная транспеченочная холецистостомия выполнена у 12% пациентов.

Выводы. Разработанный алгоритм лечения позволил оптимизировать тактику консервативного и оперативного лечения деструктивного панкреатита.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Мухаммаджонова Д.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Нарушения психического развития при детском церебральном параличе (ДЦП) имеют под собой анатомо-физиологические основы. Психологу необходимо не только выявить нарушения развития, которые из-за анатомического дефекта не подлежат восстановлению, а крайне важно определить наиболее сохранные психические функции, чтобы активировать компенсаторные механизмы.

Цель исследования. Определение спектра психических расстройств у детей и подростков с ДЦП в зависимости от формы.

Методы и материалы. В работе использованы следующие методы психодиагностики: определение развития навыков самообслуживания у детей, оценка интеллектуального развития, нейропсихологическая диагностика. Для выявления личностных особенностей детей и подростков в психодиагностике использованы опросники и проективные тесты. Пациентам проводили неврологический осмотр с определением формы ДЦП по МКБ-10 и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга. Были обследованы 133 ребёнка с ДЦП в возрасте от 6 до 15 лет. Из них 11 детей со спастическим церебральным параличом (G80.0), 41 ребёнок - с ДЦП, спастической диплегией (G80.1), 38 детей (с правосторонним гемипарезом – 17 детей, с левосторонним гемипарезом – 21 ребёнок) - с ДЦП, детской гемиплегией (G80.2). С ДЦП, дискинетической формой (G80.3) – 24 ребёнка и с ДЦП, атактической формой (G80.4) – 19 детей.

Результаты. Синдромообразующими признаками для детей со спастическим церебральным параличом являются грубые нарушения речи в виде анартрии, выявленные у 5 детей; в виде тяжелой спастико-ригидной дизартрии, выявленные у 6 детей; а также выраженный познавательный дефицит у 11 детей. У детей со спастической диплегией структура задержки психического развития характеризуется своеобразной диссоциацией. Удовлетворительное развитие вербального мышления выявлено у 40 детей, способность к абстракции и обобщению – у 39 детей. Нарушение пространственного гнозиса и праксиса выявлены у 36 детей. Акалькулия - у 16 детей. Расстройство функционирования лобных отделов в виде недостаточного планирования и замедления темпов мышления выявлено у 34 детей. Нарушения речи в форме спастикопаретической дизартрии у 35, задержки речевого развития были выявлены у 31 ребёнка. У детей с детской гемиплегией, правосторонним гемипарезом, выявлены нарушения в виде элементов оптико-пространственной аграфии (11 детей). Кроме того, выявлены легкие переходящие расстройства речи в форме моторной алалии (3 ребёнка), дислалии (2 ребёнка), стертой дизартрии (14 детей), нарушения фонематического слуха (12 детей), фонематической дисграфии (7 детей), заикание (5 детей), снижение уровня вербального мышления (14 детей). У детей с детской гемиплегией, левосторонним гемипарезом, выявлены нарушения в виде нарушения слухоречевой памяти (18 детей), зрительной агнозии (7 детей). Кроме того, отмечены особенности эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности (6 детей), инертности (15 детей), эмоциональной уплощенности (8 детей). Иная структура нарушения психического развития была выявлена у детей с дискинетической формой. Наряду с высоким развитием интеллекта в 100% случаев и сохранностью наглядно-образного мышления у 22 детей, у 16 наблюдались гиперкинетическая дизартрия, у 12 детей – нейросенсорная тугоухость, у 9 – сенсорная алалия. При сопоставлении результатов обследования МРТ головного мозга детей с атактической формой с нарушениями психического развития мы разделили данных детей на 2 группы. Наиболее лёгкие нарушения психического развития наблюдались у детей, локализация поражения мозга которых ограничивалась только мозжечком. Эти 8 детей были малоинициативны, у них наблюдались тревожно-фобические расстройства (страх падения, страх высоты). У 11 детей, локализация поражения мозга которых затрагивала участки лобных отделов, отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности (10 детей), не критичность к своему дефекту (11 детей), расторможенность (9 детей), агрессивность (7 детей).

Заключение. Разнообразие нарушений психического развития при ДЦП обусловлено этиологической и патогенетической неоднородностью патологии, а так же топикой поражения головного мозга. Нарушения психического развития наиболее часто представлены инертностью психических процессов, персеверативностью мышления, перцептивными нарушениями, недостаточностью концентрации внимания и способностью удерживать воспринятый материал, неустойчивостью организационной деятельности, легкой утомляемостью и быстрой истощаемостью. Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в проведении более углубленных клинико-психологических и катанестических исследований, определение перспектив коррекции нарушений психического развития и разработка новых её методов, влияющих на формирование личности и психическое здоровье в целом.

ВОЗМОЖНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Мухаммаджонова Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ведущими клиническими признаками детского церебрального паралича (ДЦП) являются двигательные нарушения (параличи, парезы, гиперкинезы и др.). Гиперкинезы при ДЦП формируются позже других двигательных расстройств, и выявляются, как правило, на 1-2 году жизни ребенка.

Цель исследования. Анализ этиологических факторов у пациентов со дискинетической формой ДЦП.

Материалы и методы. Группу исследования составили 37 детей, страдающих дискинетической формой ДЦП в возрасте от 1 года до 18 лет, из них мужского пола – 21 (56,7%), женского – 18 (43,3%) больных. Всем пациентам проведено комплексное неврологическое исследование, включая МРТ головного мозга. Во всех наблюдениях отмечалось поражение подкорковых ядер, атрофические изменения коры больших полушарий головного мозга, преимущественно в передних отделах лобных и височных долей; перивентрикулярная лейкомаляция, вентрикуломегалия и др.

Результаты. Значимыми факторами риска двигательных расстройств являлись: внутриутробные инфекции – 16 (42,3%), недоношенность – 12 (32,4%), иммунологическая несовместимость крови матери и плода – 7 (18,9%), асфиксии новорожденных – 6 (16,2%), соматические заболевания матери – 5 (13,5%), возможно их сочетание. В 18,9% случаев на МРТ обнаружено сходство морфологических изменений в виде кистозной трансформации вещества мозга у пациентов с ДЦП и пациентов, перенесших ОНМК. Поражение подкорковых ядер, по-видимому, обусловлено токсическим действием билирубина, хронической гипоксией, нарушением мозгового кровообращения в бассейнах передней ворсинчатой артерии, средней и задней мозговой артерии.

Выводы. Предикторами дискинетической формы ДЦП в 42,3% были внутриутробные инфекции, в 32,4% – недоношенность, в 18,9% – иммунологическая несовместимость крови матери и плода, что, также могло явиться причиной развития перинатального инсульта. Однако полученные данные можно считать предварительными в связи с небольшим количеством наблюдений.

ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ МЕТОДЫ ПРАВИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

Наджимова З. Н., Ходжаева И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Помимо профессиональных медицинских знаний врач должен обладать навыками общения с пациентом. Ведь искусство беседы врача с пациентом – одно из главных качеств его работы. Беседа и психологическое воздействие на пациента очень важно для выздоровления. Такие беседы основаны на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении.

Цель. Изучение роли правильного общения врача с больными.

Методы исследования. Объектом исследования являлись 32 пациента, болеющие неврологическими заболеваниями. Предмет исследования – правильное общение и психологическое воздействие на пациента. Исследование проводилось в городской клинической больнице № 17 путём применения этических моделей: модель Гиппократ, модель Парацельса, диалогическая модель.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом. В целом, у 32 пациентов отмечаются хорошие показатели после психологического воздействия и бесед врача, т.е. значительное улучшение здоровья пациента.

Обсуждение. У 32 пациентов отмечалась удовлетворённость проводимых методов. С помощью модели Гиппократ (принцип «не навреди») были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом. При применении модели Парацельса, (принцип «делай добро») между врачом и пациентом сложились доверительные отношения, а это улучшило душевное состояние больного, интереса к окружающему миру. Изучение качества жизни пациентов показало непосредственную взаимосвязь проводимой схемой лечения. Он базировался на объективном состоянии пациента.

Выводы. Таким образом, особенности общения врача и пациента являются значимым фактором эффективности лечения. Недостатки общения врача и пациента могут свести на нет результативность медикаментозного лечения и даже ухудшить состояние больного, и, напротив, эффективное общение врача и пациента существенно повышает вероятность выздоровления. Следовательно, социальные способности следует наряду со знаниями и умениями отнести к профессионально значимым качествам врача.

При лечении больных целесообразно проведение различных эффективных бесед с учётом психологического статуса пациента, который способствует к улучшению результатов лечения и качества жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Наджмитдинов О.Б., Усманова Д.Д.

Андижанский медицинский институт,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время остеопороз (ОП) и сахарный диабет (СД) представляют собой 2 огромнейшие социальные проблемы. Ситуация усугубляется, когда эти 2 заболевания пересекаются, что возникает, если когда пациентки

с СД вступают в постменопаузальный возраст, и СД, и так предрасположенный к развитию ОП, отягощается постменопаузальным остеопорозом (ПМОП).

Цель исследования. Провести и оценить результаты рентген денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости пациентам с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены за период 2019-2020 гг. в отделении эндокринологии Андижанской больницы. В обследование включены 120 женщин, из них 100 женщин с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде в возрасте от 55 до 75 лет, которые были разделены в 2 группы. 1 группу составили 48 (40%) женщин с ДПН в постклимактерическом периоде с ОП (средний возраст $65,2 \pm 0,9$ года). Во 2 группу вошли 52 (43,4%) женщин с ДПН в постклимактерическом периоде без ОП (средний возраст $64,1 \pm 0,8$ года). Контрольную группу составили 20 (16,6%) практически здоровых женщин (средний возраст $62,5 \pm 0,9$ года). Всем пациентам обеих групп проводили исследование минеральной плотности кости (МПК) поясничных позвонков и проксимального отдела бедренной кости методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) на костном денситометре «Prodigy» компании GE Lunar Corporation, США.

Результаты и их обсуждение. Т-критерий у пациенток 1 группы соответствовал остеопорозу поясничного отдела позвоночника. У пациенток 2 группы результаты соответствовали нормальным значениям.

Далее мы измерили минеральную плотность кости (МПК) поясничного отдела позвоночника у обследованных пациенток.

Средние показатели МПК поясничного отдела позвоночника по результатам рентгеновской абсорбциометрии у пациенток 1 группы были констатированы более низкие цифры МПК, соответствовали остеопорозу поясничного отдела позвоночника, и степень поражения различалась между группами.

У пациенток 1 группы: нормальных показателей в проксимальном отделе бедренной кости не выявлено (0%), остеопороз всего дистального отдела бедренной кости (Total) отмечался у 32 (66,7%) пациенток, остеопороз только шейки бедра выявлен у 9 (18,7 %) пациенток, зоны Варда - у 7 (14,6%). В то время как, во 2 группе остеопороза не наблюдалось.

Выводы. ОП при СД является редким осложнением и, к сожалению не всегда диагностированным состоянием. Возможные развития малообратимых нарушений костной ткани при СД обуславливает необходимость решения вопроса ранней диагностики патологических изменений в костной ткани и поиска оптимальных способов лечения.

ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

*Наджмитдинов О.Б., Усманова Д.Д.
Андижанский медицинский институт,
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Согласно заключению экспертов ВОЗ, частота остеопороза занимает третье место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета (СД). Постменопаузальный остеопороз (ПМОП) - гетерогенное заболевание, характеризующееся прогрессирующей потерей костной ткани, которое начинается после естественной или хирургической менопаузы. ПМОП является многофакторным заболеванием, в развитии которого ведущую роль играют дефицит половых гормонов и генетические факторы, масса костной ткани к наступлению менопаузы и скорость потери костной ткани с возрастом.

Цель исследования. исследовать уровень эстрадиола, паратгормона и кальция в сыворотке крови пациентов с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде.

Материал и методы исследования. Клинические исследования проведены за период 2019-2020 гг. в отделении эндокринологии Андижанской больницы. В обследование включены 120 женщин, из них 100 женщин с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде в возрасте от 55 до 75 лет, которые были разделены в 2 группы. 1 группу составили 48 (40%) женщин с ДПН в постклимактерическом периоде с ОП (средний возраст $65,2 \pm 0,9$ года). Во 2 группу вошли 52 (43,4%) женщин с ДПН в постклимактерическом периоде без ОП (средний возраст $64,1 \pm 0,8$ года). Контрольную группу составили 20 (16,6%) практически здоровых женщин (средний возраст $62,5 \pm 0,9$ года). Всем пациентам были проведены биохимические исследования определения уровня в сыворотке крови эстрадиола, паратгормона (ПТГ) и кальция.

Результаты и их обсуждение. Нами изучены особенности некоторых биохимических показателей в сыворотке периферической крови у женщин с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде.

Так, у практически здоровых лиц уровень содержания ПТГ составил $24,1 \pm 0,5$ нг/мл.

Уровень содержания ПТГ в 1 группе составил $69,2 \pm 2,3$ нг/мл, т.е. было выявлено достоверное повышение его в 2,9 раза относительно группы контроля, что свидетельствовало гиперпродукции ПТГ. Во 2 группе содержание ПТГ равнялось $32,1 \pm 1,2$, что соответствовало норме. Отмечено, что уровень ПТГ достоверно выше в 1 группе, чем во 2 ($P < 0,05$).

Сравнительный анализ содержания ПТГ выявил различия в их содержании между группами. Так, у больных 1-й группы уровень ПТГ был в 2,1 раза выше, чем у больных 2-й группы.

Уровень кальция в крови у пациентов 1 группы был равен $1,9 \pm 0,9$ ммоль/л, отмечено снижение его в 1,3 раза относительно контрольной группы, т.е. у пациентов данной группы была констатирована гипокальциемия. В то время как у пациентов 2 группы он был равен $2,2 \pm 1,6$ ммоль/л, что соответствовало норме.

Сравнительный анализ содержания кальция выявил различия в их содержании между группами. Так, у пациентов 1-й группы уровень кальция в крови был в 1,1 раза ниже, чем у пациентов 2-й группы.

Далее нами был интерпретирован уровень содержания эстрадиола в периферической крови всех исследуемых.

Так, сывороточный уровень эстрадиола у пациентов 1 группы оказался в 1,7 раза ниже контрольных значений, во 2 группе было выявлено его снижение в 1,6 раз относительно контроля, межгрупповые различия были не достоверными.

Уровень содержания эстрадиола у пациентов 1 группы был равен $33,7 \pm 2,5$ пг/мл, во 2 группе - $35,8 \pm 2,9$ пг/мл.

Вывод. Таким образом, у пациентов 1 группы выявлены значительные изменения минерального состава кости, которые характеризовались снижением уровня кальция, эстрадиола и повышением уровня паратгормона в сыворотке крови, что свидетельствовало наличия ПМОП у пациентов данной группы.

ЮРАК-ҚОН ТОМИР ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА ЭНДОТЕЛИЯНИНГ ЖАВОБ РЕАКЦИЯСИ

*Назаров Ф.Ю., Акбаров А.Т.
Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги: Охирги йилларда юрак-қон томир тизими патологияси (гипертония касаллиги, юрак ишемик касаллиги, стенокардия, миокард инфаркти) айниқса ўрта ёшдагилар орасида кўпайпти.

Мақсад: Юрак-қон томир тизими патологияси бўлган беморларда ҳаёт ва эндотелиал реакцияси сифатига юкни эркин танлаш режимида велосипеднинг таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотда 40 - 70 ёшли 80 бемор (ўртача ёши $55,7 \pm 8,6$), СамМИ №1 клиникасида стационар даволанаётган беморлар бўлиб, уларни 60 эркак ва 20 аёл ташкил қилади. 19% бемор миокард инфаркти, 15% - гипертония, 66% бемор ЮИК, гипертония ва СЮЕ дан жабрланган. Беморлар рандомизирланган гуруҳларга бўлинган: асосий гуруҳи - 50 нафар бемор ташкил қилиб, кундалик велоспорт ва медикаментоз даволаш эркин танлаш тартибида эди. Таққослаш гуруҳи - 30 бемордан иборат бўлиб, медикаментоз даволанди. Даволашнинг ўртача давомийлиги 21 ± 3 кунни ташкил этди. Ҳаёт сифати Миннесотс анкетаси ёрдамида баҳоланди. Беморга сўровномада келтирилган саволларга мустақил жавоб бериш ва юзага келган чекловларни баҳолаш талаб қилинган. Баллар йиғиндиси (умумий индекс) баҳоланди: 0 - ҳаётнинг энг яхши сифати ва 105 - ҳаётнинг энг паст сифати. Эндотелий реакцияси интима-медиа мажмуасининг қалинлиги ва умров артерия диаметрини VIVID-7 қурилмасида (АҚШ) чизикли датчик билан ўлчаб йўли билан ўрганилди. Реактив гиперемияга бўлган намуна - 3 дақиқа умров артерия окклюзияси сканерланган артерия-эндотелийга қарама - қарши ва зо-дилатация елка дисталига қўлланилган манжетли. Нитроглицеринли намуна (500 мкг сублингуаллий) - эндотелий-мустақил ва зодилатация амалга оширилди. Барча тадқиқотларда волаш бошида ва охирида беморларга амалга оширилди.

Натижалар: Даволаш бошланганида жисмоний фаолиятнинг чекланганлиги, кундузги дам олишга бўлган эҳтиёж ва хавотир борлиги туфайли ҳар икки гуруҳ беморларида ҳаёт кўрсаткичлари сифати пасайтирилди. Асосий гуруҳда велосипеддан сўнг ҳаёт индексининг умумий сифати 16,9% га камайди ($28,37 \pm 1,8$ дан $23,55 \pm 1,6$ балл). Таққослаш гуруҳида сезиларли ўзгаришлар бўлмади. Дастлаб иккала гуруҳдаги интима-медиа мажмуасининг қалинлиги $0,07 \pm 0,001$ см, умров артериянинг диаметри эса $0,42 \pm 0,01$ см ни ташкил этди. Даволаш охиригача асосий гуруҳ беморларнинг 70% да ўмров артерияси диаметри 4,5% ($p > 0,05$) га ошди. Эндотелийга боғлиқ вазодилатация учун синов ўтказилганда 30% беморда 40% га камайди ($p < 0,05$), 5% да 22% га ошди ($p < 0,05$). Синов сўнг ўмров артерияси диаметри 87,5% беморда 6,7% ($p < 0,05$) ошди. Таққослаш гуруҳида сезиларли ўзгаришлар бўлмади. Нитроглицеринли намунада интима-медиа мажмуасининг қалинлиги - 27,5% да 40% ($p < 0,05$) га камайган ва 5% беморларда 22% ($p < 0,05$) га ошган. Ўмров артерия диаметри 14,3% ($p < 0,05$) беморларнинг 87,5% ошди. Таққослаш гуруҳида сезиларли ўзгаришлар бўлмади.

Хулоса: Шундай қилиб, юрак-қон томир тизими патологияси билан беморларни комплекс даволаш тартибини танлашга велосипедни киритиш билан беморлар ҳаёт ва эндотелиал функцияси сифати яхшиланди.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ

*Назарова Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным ВОЗ и ряда исследователей клинически значимые нарушения нейровегетативной и эмоциональной сфер у лиц молодого возраста наблюдаются в 20-40% случаев. Наиболее легко уязвимым, в плане воздействия различных патологических факторов, является подростковый возраст, который включает в себя детей в возрасте от 10 до 20 лет. В подростковом возрасте часто встречаются пароксизмальные состояния (ПС), проявляющиеся судорогами, синкопами, алгиями, вегето-сосудистыми кризами (паническими атаками) и др. После периодов новорожденного и грудного возраста, подростковый является третьим периодом детства, когда организм совершает физиологический скачок и перестройку большинства органов и систем. В этот критический период особое место среди различных нозологических форм занимают заболевания, в клинической картине которых ведущим синдромом являются пароксизмальные состояния.

Цель исследования. На основании выявления особенностей клинического течения, нейропсихофизиологических и иммунологических характеристик пароксизмальных состояний у детей подросткового возраста выделить их клинико-патогенетические варианты и разработать комплексные программы реабилитации данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 63 больных с ПС в возрасте 10-20 лет. Из них 27 больных раннего подросткового возраста от 10 до 14 лет и 36 чел. позднего подросткового возраста от 15 до 20 лет.

Результаты исследования. Изучение анамнестических данных у больных подросткового возраста позволило выявить ряд факторов риска, явившихся общими для всех нозологических форм заболеваний с пароксизмальными

состояниями (ПС). Среди таких факторов отмечены: патология перинатального периода развития (63,3%), инфекции (43%), наследственная предрасположенность (34,6%), травмы головного мозга (24,7%).

Из провоцирующих факторов, способствующих развитию пароксизмальных состояний, отмечены такие как острая стрессовая или хроническая психотравмирующая ситуация (56,2%), тяжелые физические нагрузки (37,5%), нарушения режима сна и питания (29,7%). К ним относятся резкая смена климатических условий в связи с переездами (18,3%), неблагоприятные гео- и метеофакторы (46,8%), сильный шум (41,3%), яркий свет (36,4%), переохлаждения (27,3%), обострение хронических заболеваний (31,5%).

Проведенное комплексное исследование позволило выявить ряд общих признаков характерных для всех больных ПС эпилептического и неэпилептического генеза. При клинико-неврологическом обследовании отмечено наличие микросимптоматики у больных ЭП в 85,7% случаев, среди больных НЭП в 69% и у лиц с субклиническими пароксизмальными состояниями в 68,4% наблюдений.

Вывод. Выделение эпилептических пароксизмов основано на наличии в клинической картине типичных стереотипных припадков эпилептиформной активности на ЭЭГ, психопатологических нарушений, главным образом, в форме торпидности психических процессов. Неэпилептические пароксизмы характеризуются развитием полиморфных клинических феноменов, относящихся к различным органам и системам, регистрацией признаков пароксизмальной активности на ЭЭГ, изменением церебральной гемодинамики в виде повышения тонуса церебральных сосудов, повышенной эмоциональной лабильностью. При субклинических пароксизмальных состояниях клинические проявления наименее очерчены, диффузны, отличаются наличием повышенного уровня судорожной готовности на ЭЭГ и ускорением церебрального кровотока за счет вазодилатации.

БТСЁМ БЕМОРЛАРИДА ОСТЕОАРТРОЗ РИВОЖЛАНИШИДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Назарова Г.У.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Остеартроз (ОА) ва семизликдаги бугунда тасдиқланган маълумотларни қўриб чиқиш ва ушбу иккита касалликларнинг замонавий патогенезни муҳофаза қилиш орқали тана вазнини озаёйиши ОА даги клиник белгиларни озаёйишига олиб келишини кўрсатишдан иборатдир.

Бугунда семизлик ОА нинг энг кенг тарқалган хавф ва ривожланиш омилдир. Инсон саломатлигига таъсири бўйича ОА барча касалликлар ичида аёлларда 4-ўрин ва эркакларда 8-ўринни эгаллайди. Россия давлатини статистик маълумотларига кўра 15 миллион инсонда ушбу касаллик аниқланган бўлиб, ва бугунда ушбу касаллик тарқалишини тўхтовсиз ошишини қайд этмоқда. ЖССТ нинг охириг берган маълумотларига кўра семизлик билан азият чекаётган беморлар сони 1980 йилдан бошлаб кўпайганини ва катталар ўртасида 475 миллионга етганини ва яна 1 миллиард инсонда ортиқча вазн қайд этилганини тақдирламоқда.

Охириг йилларда СЕМИЗЛИКНИ ЎРГАНУВЧИ ҲАЛҚАРО АССОЦИАЦИЯСИ (International Association for the Study of Obesity) маълумотларига кўра катталар ўртасида семизлик билан азият чекувчи инсонлар сони 600 миллиондан ошган. Европанинг кўплаб давлатларида қарияларнинг 20-30% семизлик билан хасталанган, Америка Қўшма штатларида эса уларнинг сони 35% ошган. Айниқса болалар ва ўсмирлар ўртасида семизликни ошиши кўпчилик тиббий ходимларни ўйлантирмоқдаки, болаликдаги ортиқча вазн – бу катталар ўртасидаги семизлик предикторидир.

Семизлик ва ОА билан азият чеккан беморларда ортиқча вазни озаёйиши ОА клиник белгиларини 30%, вазни мўрлашишида эса 47% озаёйиши кузатилган. Бунда семизлик, ОА, жинс ва ёш критерияларини ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилинган. Эркакларга нисбатан аёлларда 45 ёшгача вазни семизлик 3 даражасидан мўр даражасига тушиши ОА клиник белгиларини 53%, эркакларда эса 39% туширган.

Олинган натижалар семизлик ва ОА клиник намоён бўлишида сўзсиз боғлиқликни кўрсатади. Кўплаб олинган маълумотлар мавжудлигига қарамасдан ОА патогенезида ҳали очилмаган ноаниқликлар жуда кўп, жумладан адипоцитар фактор – лептинни ОА ривожланишидаги ўрни ҳам ҳалигача ноаниқдир.

ОСОБЕННОСТИ НАСИЩЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Зияева И.Д., Худойбердиев Ж.М., Рахматова И.Д., Усманова Я.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы - оценить состояние витамин - D обмена у пациентов мужчин и женщин в возрасте 60-75 лет с избыточным весом, проживающих в Андижанской области.

В исследование были включены 63 пациента в возрасте от 60 до 75 лет В группу А вошли 33 женщины с ожирением I - III ст, в группу В - 19 мужчин аналогичного возраста и веса, проживающих в Андижанской области. Контрольную группу (КГ) составили 11 эндокринологически здоровых пациентов аналогичных возраста. Помимо общеклинического обследования, измерения артериального давления, расчета индекса массы тела, анализа оценки функции щитовидной железы, уровня половых гормонов, у всех пациентов оценивался уровень витамина D. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Уилкоксона. Статистическая значимость данных устанавливалась при $p < 0,05$. Были получены следующие результаты. У всех пациенток группы А выявлено сниженное содержание витамина D в крови с медианой 21 (15; 25) нг/мл. Из них у 14 человек (42,4%) установлен дефицит витамина D с медианой 17 (15; 19) нг/мл, а у 19 (57,6%) - недостаточное содержание витамина D с медианой 24 (22; 25) нг/мл. У пациентов группы В выявлена недостаточность витамина D в крови с медианой последнего 22 (16; 27) нг/мл. Из них у 14 человек (73,4%) установлен дефицит витамин D с медианой 17 (16; 19) нг/мл, а у 5 (26,6%) - недостаточность витамин D 24 (22; 27) нг/мл.

Выводы. У пожилых пациентов в возрасте 60-75 лет с избыточным весом, проживающих в Андижанской области, выявлено недостаточное содержание витамина D в крови, более выраженное у мужчин.

РОЛЬ УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИКФЛОУМЕТРИИ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш., Бахрамов С.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Пикфлоуметрия – исследование пиковой скорости воздушного потока на выдохе: позволяет проводить динамическое наблюдение за проходимость дыхательных путей. Особое значение результаты пикфлоуметрии приобретают для своевременной диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА). При этом, только треть спирограмм, выполненных врачами общей практики и врачами функциональной диагностики первичного звена здравоохранения, удовлетворяет современным требованиям и условиям стандартизации.

Целью исследования явилось изучение теоретических знаний, оценка практических навыков и выявление наиболее частых ошибок при выполнении спирографии профильными специалистами учреждений первичной медико - санитарной помощи.

Проведена оценка знаний и анкетирование 80 врачей (42 ВОП и 38 врачей функциональной диагностики) из различных учреждений первичной медико - санитарной помощи Андижанской области, проходивших обучение на кафедре Повышения квалификации и переподготовки врачей общей практики Андижанского государственного медицинского института по тематической профессиональной программе повышения квалификации «Актуальные проблемы терапии в практике ВОП» в объёме 144 часов. В процессе обучения, помимо курса лекций по современным подходам к диагностике и лечению ХОБЛ и БА, основной акцент делался на отработку практических навыков проведения пикфлоуметрии и оценку результатов исследования в различных клинических ситуациях. Контроль исходного уровня знаний по вопросам пикфлоуметрии показал неудовлетворительные результаты у 28 (67%) ВОП и у 9 (23%) врачей функциональной диагностики. Несмотря на то, что у 73 (91%) врачей по месту работы имелись пикфлоуметры, при оценке правильности выполнения пикфлоуметрии 38 (90%) врачей ВОП и 22 (58%) врача функциональной диагностики нуждались в уточнении методики её проведения. Наиболее частыми ошибками являлись неправильность выполнения и отбора манёвра форсированной жизненной ёмкости лёгких, выбора бронхолитических препаратов и неправильная клиническая трактовка результатов, в том числе бронходилатационного теста. Отсутствие использования данных пикфлоуметрии при назначении начальной и базисной терапии у больных ХОБЛ или БА различной степени тяжести и мониторингирования объёма форсированного выдоха в первую секунду в процессе лечения заболевания, также являлись широко распространёнными ошибками. При проведении итоговой аттестации и сравнении результатов заключительного тестирования в конце обучения с исходными данными, было отмечено повышение уровня теоретических знаний врачей терапевтов на 19% и всех врачей функциональной диагностики, включённых в исследование.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

*Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Носиров М.М., Худойбердиев Ж.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Цель: Улучшить качество профилактики и лечения больных с артериальной гипертензией 1-П степени в течение шести месяцев.

Методы: По ходу проекта мы применяли анкетирование больных с помощью вопросника на наличие тонометров, знание об осложнениях, о предупредительных мерах АГ, принимаемых лекарственных препаратов. Мы просматривали записи на амбулаторных картах, брали интервью у больных во время консультации, осматривали аптеку на наличие гипотензивных средств. Результаты базового анкетирования показали, что больные имеют доступность купить лекарство и приобрести их в любой аптеке; большинство больных не могут пользоваться тонометром; они не знают, как предупредить возникновение АГ и предотвратить осложнения; 56 % больных всё ещё употребляют лекарства такие, как дибазол, папаверин, аделфан. Анализ амбулаторных карт показали, что 60 % врачей предписывают лекарства не руководствуясь клиническими рекомендациями (КР). В амбулаторных картах нет записей о повторных осмотрах, эффективности назначенного лечения. После анализа выявленных проблем, мы с командой запланировали внедрить изменения по некоторым направлениям. Мы обучили больных с АГ выявлению симптомов, осложнений и методике измерения артериального давления и раздали врачам поликлиники КР по АГ, обучили их использованию

Результаты: По ходу визитов пациентов с АГ в поликлинику члены команды проводили еще раз опрос и проверку по выявлению осложнений и правильного использования тонометра, оказания самопомощи при повышении АД и сравнивали результаты. Наблюдение за больными по методике тонометрии дали положительные результаты. 80 % больных правильно смогли провести тонометрию. Дополнительным вмешательством стало информирование врачей о стандартах лечения АГ. Результаты оценивались регулярно 1 раз в месяц, в течение 6 месяцев, начиная с ноября 2015 года. Процент врачей предписывающих стандартное лечение для АГ вырос от 2 (40%) до 4 (80%). Вмешательства дали хорошие результаты, и мы решили обучить всех медсестёр, чтобы они на регулярной основе обучали пациентов и их родственников. Для работы на участках мы создали школу гипертоников из обученных медсестёр и врачей.

Вывод: По ходу проекта мы пришли к выводу, что непрерывная работа с больными повышает их доверия к медицинским работникам и принимаемым лекарствам, что непосредственно влияет на качества лечения, обучение больных приводит к улучшению качества работы поликлиники и облегчает работу медицинских работников,

приобретение больными тонометров приводит к уменьшению визитов пациентов в поликлинику и улучшает самоконтроль за состоянием здоровья.

ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Назарова Н.Ш., Мусаева Г.А., Рузимурадова З.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Для выявления изменений тканей пульпы зуба у больных сахарным диабетом нами было обследовано 42 пациента с пульпитом различной тяжести.

При анализе установлено, что в тканях пульпы больных сахарным диабетом протекают воспалительные процессы вследствие нарушения синтеза белка, углеводного и жирового обмена, накопления кетоновых тел, которые подавляют обмен веществ. Воспалительный процесс, развиваясь в закрытой полости, вскрывает несоответствие между высоким уровнем развития капиллярной сети и потенциями дренажной системы пульпы.

Цель исследования. Изучение состояния тканей пульпы зуба при сахарном диабете.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 42 больных с разными формами пульпита, которые имеют сахарный диабет I и II типа. Пациенты находились на амбулаторном лечении в областной стоматологической поликлинике Самаркандской области Республики Узбекистан. В обследованные группы было отобрано 28 женщин и 14 мужчин в возрасте 25 - 58 лет с выраженной сопутствующей патологией сахарного диабета.

Программа изучения пораженности зубов пульпитом проводилась нами в соответствии с рекомендациями ВОЗ, в связи с этим, рациональное планирование лечебно-профилактических мероприятий осуществлялось на основе тщательного анализа распространенности, интенсивности и структуры заболеваемости.

Результаты исследования. Как следует из полученных данных, что с увеличением возраста снижается распространенность как неосложненного кариеса, так и одной из его осложненных форм — пульпита. Так, если распространенность неосложненного кариеса среди пациентов самой молодой возрастной группы (моложе 25 лет) составила 90 %, то самой старшей (50 лет и старше) — 50 %. Аналогичная тенденция установлена и при анализе распространенности пульпита. Максимальный уровень распространенности пульпита выявлен в двух молодых возрастных группах пациентов: среди лиц 25–29 лет (36,6 %) и в возрасте 30–34 года (35,4 %), а минимальный уровень данного показателя выявлен в двух старших возрастных группах: среди пациентов 40–50 и 51–58 лет (соответственно 5,1 и 2,3 %). Причем в самой старшей возрастной группе пациентов (58 лет и старше) вообще не выявлено ни одного случая пульпита.

Уже отмечалось, что такая форма осложненного кариеса, как пульпит, был выявлен у 20,8 % стоматологических пациентов. Причем среднее количество зубов с пульпитом в расчете на одного пациента составило $0,24 \pm 0,05$ зуба, в том числе $0,19 \pm 0,06$ у мужчин и $0,35 \pm 0,1$ у женщин.

Несмотря на достаточно высокую распространенность периодонтита, в расчете на одного пациента среднее число зубов с периодонтитом составило $0,32 \pm 0,07$, причем у мужчин среднее число таких зубов оказалось выше, чем у женщин (соответственно $0,42 \pm 0,09$ против $0,11 \pm 0,05$).

При этом в отдельных возрастных группах у женщин вообще не выявлен периодонтит. Таким образом, анализ средних значений количества зубов, пораженных периодонтитом, в зависимости от принадлежности пациентов к той или иной возрастно-половой группе не выявил выраженных закономерностей.

Особое внимание необходимо обратить на то, что у мужчин молодом возрасте уже наблюдается относительно высокая распространенность периодонтита. Так, у 31,3 % пациентов мужского пола возрасте до 40 лет есть зубы с периодонтитом. Данное обстоятельство указывает на недостаточный уровень профилактической работы по предупреждению основных стоматологических заболеваний среди мужчин.

В исследованиях отмечено поражаемость пульпитом у 50% больных в возрастной категории 36–45 лет. При этом женщины составили 19 (63,3%), а мужчины 11 (36,6%) человек. У всех больных проводилось лечение пульпитов по следующему алгоритму (рисунок 1). У всех больных по данным анализа медицинских карт отмечалось болезненность при накусывании на зуб, ноющая боль. При этом болезненность в зубах сохранялась в течении 7–10 дней. Больные принимали обезболивающие таблетки, нестероидные воспалительные средства, а также проводили различные физиотерапевтические процедуры.

Выводы. Эндодонтическое лечение заболеваний пульпита у больных с сахарным диабетом представляет собой серьезную проблему, имеет комплексный характер с применением местной и общей терапии и направлено не только на ликвидацию воспалительного процесса в корневом канале и в пародонте, но и на укрепление общего состояния организма. Используемые в стоматологической практике известные способы лечения пульпитов, являются их низкая эффективность у лиц, страдающих соматическими заболеваниями, в частности сахарным диабетом, так как известно, что у больных с этой патологией серьезно нарушены процессы метаболизма, страдают трофическая и пластическая функции тканей, кроме того, существенно изменяется реактивность организма, в том числе нарушается функционирование иммунной системы.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПТИЦЕВОДЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Назарова Н.Ш., Мусаева Г.А., Назарова З.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Как известно, одним из основных неблагоприятных факторов труда в птицефабриках является запыленность воздуха, превышающая ПДК в 4,6–9,3 раза (Артаманова В.Г., 2008; Баянов Э.И., 2010). В состав пыли входят

такие биологически активные вещества как антибиотики, вакцины, витамины, ферменты, антистрессовые добавки, а также микроорганизмы, аммиак, сероводород, пера и пуха птицы. В последние годы во всем мире расширяются исследования иммунной системы – как мишени токсического воздействия различных химических соединений (Баянов Э.И., 2010; Рыбаков И.Д. и соавт., 2012). В этом плане особый интерес представляет иммунологический статус полости рта, как впервые контактирующий с внешней средой (Литовская А.А. и соавт., 2012).

Цель исследования. Изучение состояния неспецифической реактивности полости рта у работников промышленного птицеводства.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования 238 работников птицеводческих хозяйств. Из них основную группу (120 чел.) составили лица, имеющие непосредственный контакт с производственными вредностями (птичники, работники убойного цеха). В качестве контрольной группы (118 чел.) рассматривались работники администрации, механики, водители и вахтеры птицефабрик, но не имеющих непосредственного контакта с производственными вредностями. При этом изучали активность лизоцима, фагоцитарная активность нейтрофилов и содержание секреторного иммуноглобулина А слюны, также содержание отдельных видов микрофлоры (стрептококков, стафилококков и грибов) слизистой оболочки полости рта.

Результатами проведенных исследований установлено, что в условиях работы на птицефабриках имеет место комбинированное действие нескольких производственных факторов: пера и пуха птицы, компонентов кормов, микрофлоры, аммиака, сероводорода и др. Риск развития аллергических заболеваний повышается за счет формирования статуса поливалентной сенсибилизации, раздражающего действия воздействующих агентов и неблагоприятных физических факторов производственной среды (нагревающего микроклимата и повышенной влажности). При этом наиболее чувствительной оказалась иммунологическая реактивность полости рта. Так, у птицеводов наблюдалось выраженное снижение (в 1,6-2,4 раза) активности лизоцима ($1:80 \pm 20$ титр), фагоцитарной активности нейтрофилов ($19,2 \pm 1,1\%$) и содержания секреторного иммуноглобулина А слюны ($0,26 \pm 0,04$ МЕ/мл) по сравнению с контрольными данными (соответственно $1:160 \pm 40$ титр, $47,9 \pm 3,2\%$ и $0,42 \pm 0,06$ МЕ/мл). Результатом этого у них увеличивается количества стрептококков (в 3,1 раза) и стафилококков (в 3,7 раза).

Выводы. Таким образом, на основании вышеизложенных можно сделать вывод о том, что у работников птицефабрик обнаруживается снижение всех звеньев иммунитета полости рта. Это свидетельствует о наличии латентной сенсибилизации тканей полости рта к промышленным аллергенам в условиях птицеводства, что позволяет предположить развитие аллергопатологии и требует проведения соответствующих профилактических мероприятий.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТАЮЩИХ В ТАБАКОВОДЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*Назарова Н.Ш., Равианов И.Р., Косимова Д.И.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Основным неблагоприятным производственным фактором в табакководческой промышленности является выделение в воздух токсичных веществ: паров никотина, пиридина, летучих органических кислот, формальдегида, фенола, эфирных масел, которые отрицательно сказывается на здоровье рабочих. Между тем, установлено, что при воздействии на организм производственных и экологически неблагоприятных факторов окружающей среды наблюдается снижение иммуно-биологической реактивности, причем оно выявляется намного раньше, чем изменения со стороны других органов. В этом плане особый интерес представляет иммунологический статус полости рта, как впервые контактирующий с внешней средой.

Однако в доступных литературных источниках мы не встретили сведений о состоянии иммунологической реактивности полости рта при воздействии на организм табачной пыли и пестицидов.

Целью исследования явилось изучение состояния неспецифической реактивности полости рта у табакководов, занимающихся на выращивании и дофабричной обработке табака.

Материал и методы. Нами изучено состояние местного иммунитета полости рта у 46 табакководов, занимающихся технологическим процессом на плантациях табака Ургутского табакководческого района Самаркандской области Республики Узбекистан (основная группа обследованных). При этом основным неблагоприятным производственным фактором, негативно влияющим на организм табакководов, являются табачная пыль. В состав табака в качестве примесей входит и пестициды (ГХЦГ, гербициды), которые применяются как средства защиты растений от болезней, сорняков и вредителей, которые под влиянием высокой температуры и влаги разлагаются и загрязняют перерабатываемый продукт. В качестве контроля аналогичное обследование проведено у 42 работающих Самаркандского овощеводческого района, где относительно чистая зона (контрольная группа обследованных). При этом изучали активность лизоцима, фагоцитарная активность нейтрофилов и содержание секреторного иммуноглобулина А (SjgA) в слюне, а также содержание отдельных видов микрофлоры (стрептококков, стафилококков и грибов) слизистой оболочки полости рта. Активность лизоцима слюны определялась методом диффузии в жидкости Дефко по Каграмоновой-Ермоловой (1966) в модификации сотрудников кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии. Фагоцитарную активность нейтрофилов в слюне определяли по методу И.А. Быкова.

Содержание секреторного иммуноглобулина А слюны определялось по методу радиальной иммунодиффузии по Манчини, и содержание микрофлоры полости рта – по методу Г.А. Шальной.

Результаты исследования. Сравнительная оценка местного иммунитета полости рта у табакководов и у лиц контрольной группы выявила (таблица), что степень изменения исследованных иммунологических показателей полости рта находится в прямой зависимости от качества производственной среды. Так, у табакководов наблюдалось выраженное ($P < 0,01-0,001$) снижение активности лизоцима, фагоцитарной активности нейтрофилов и содержания секреторного иммуноглобулина А слюны (в 1,5-2,3 раза) по сравнению с контрольными данными. Соответственно у них увеличивается количества кокковой микрофлоры – стрептококков (в 3,6 раза) и стафилококков (в 3,8 раза) и появляются во рту плесневые грибы, которые в норме в отличие от дрожжевых грибов отсутствуют.

Выводы. Таким образом, на основании результатов проведенных исследований можно сказать, что в условиях выращивания и дофабричной обработки табака среди табаководов, обнаруживается снижение местного иммунитета полости рта, причем оно выявляется намного раньше, чем другие изменения в организме. Эти нарушения, на наш взгляд, могут служить интегральными показателями негативного влияния производственной среды табаководства на здоровье и состояние полости рта табаководов.

АХОЛИ ЎРТАСИДА НАРКОМАНИЯНИ ОЛДИНИ ОЛИШ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

*Рахматова М.М., Назарова Г.У., Усманова Я.Ф., Носиров М., Худойбердиев Ж.М.
Андижон Давлат Тиббиёт Институт*

Асослаш: Охирги йилларда Ўзбекистонда аҳоли ўртасида наркотик моддаларни қабул қилувчилар кундан-кунга кўпайиб бормокда. Бу ҳолат ҳозирги кунда, на фақат тиббиётни балки умумжамоа муоммосига айланиб бормокда. Наркотик моддаларни қабул қилувчилар дунё бўйича ҳам 25 ёшгача бўлган аҳоли ўртасида юқори кўрсаткични кўрсатмокда. Спиртли ичимликлар, дори-дармонлар ва озиқ-овқатлар таркибига кирган кимёвий бирикмаларни «наркотик моддалар» термини билан белгиланади. Наркотиклар бош мия ва бутун одам организмига махсус таъсир қилувчи моддалар гуруҳига киради. «Ўзгарган чидамлилиқ синдроми» - наркотик ёки токсик препаратларни организмга навбатдаги қабул қилинган дозасига паст реакция бериши билан боғлиқ бўлган мослашиш ҳолатидир. Шунинг учун рухий ва жисмоний эффектга эришиш учун дори воситасининг юқори дозада қабул қилишга мажбур бўлади. Борган сари бу доза ҳам етарли бўлмай қолади, натижада дори дозасини янада оширилишига талаб ортади. Чидамлилиқнинг бундай ошиши кўпинча организмни ҳимоя реакцияларининг сўниши билан кечади (масалан, препаратни истеъмол қилинганда қайт қилиш рефлексини йўқолиши, ингаляция пайтида бетўхтов йўталиши) ҳамда қабул қилинаётган препаратнинг миқдор назоратининг йўқолиши ва ўлим ҳолатига олиб келувчи оғир даражадаги захарланишлар билан кечади.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда аҳоли ўртасида наркоманияни олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Услуб: Бизнинг текширув Андижон шаҳар Қўшариқ даҳаси 62,63,64-чи кўп қаватли уйлар аҳолисига (М.Ф.Й). биносига ўтказилди. Текширувимишга 20 нафар 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган аҳоли гуруҳи жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган сўровномадан фойдаланилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгга ушбу қатнашчилар УАШ, патронаж хамшира, М.Ф.Й. раиси, ҳудудий ички ишлар бўлими нозири билан биргаликда наркоманияни келтириб чиқарувчи сабаблари, организмда наркотик моддага нисбатан пайдо бўладиган рухий ва жисмоний қарамлик белгилари, ва наркотик моддаларни қабул қилиш билан боғлиқ рухий, соматик ва ижтимоий асоратларни пайдо бўлиши, олдини олиш ҳақида маърузада айтиб ўтилди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Куйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 7(35,6%)киши, 2-анкета сўровномасида 17 (85%) киши жавоб берди. . Текширувимиш натижалар шунинг кўрсаткичи, бизнинг ёшларимиз наркомания тўғрисида етарли даражада билимга эга эмаслар. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғин ва умумжамоа профилактик ишларни яхши эмаслигидир Ёшлар наркомания касаллигининг унинг сабаблари, организмда пайдо бўладиган рухий ва жисмоний қарамлик , бунинг натижасида келиб чиққан ижтимоий асоратлар, профилактикаси ҳақида чуқур билимга эга бўлишлари зарур. Ҳозирги кунда ёшлар наркомания касаллиги ҳақида тўлиқ маълумотга эга эмас. Сабаби оила шифокори ва патронаж хамшира аҳоли орасида оммавий ва яққа тартибдаги мулоқотнинг камлигидир.

Хулоса: Бирламчи тиббий бўғинда бирламчи – профилактик ишларни сифати яхши эмас.. Текширувимиш натижаси шунинг кўрсатиб турибди-ки бизни ёшларимизни наркомания ҳақида билим савиялари паст даражада. Наркомания охири оқибат нима билан тугаши тўғрисида тушунчаларини бойитиш зарур.

Тавсия: 1. УАШ, М.Ф.Й. раиси, ҳудудий ички ишлар бўлими нозири биргаликда бундай учрашувларни ёшлар ўртасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2. УАШ ва хамшира уйма-уй юриб патронаж ишларини кучайтириши зарурдир. 3. Сухбатларни кўргазмалар қўроллардан, буклетлардан кенг фойдаланган ҳолда олиб борилишлари керак. 4. Оммавий ахборот воситалари орқали сухбатларни ташкил қилиш мақсадга мувофиқдир.

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОЙ УСТАНОВКИ МУЖЧИН В СЕМЬЕ

*Насиров М.М., Худойбердиев Ж.М., Бойкузиева М.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Одной из важнейших потребностей человека является потребность в детях, на основе которой осуществляется воспроизводство населения. Изучение мнения мужчин в отношении рождаемости позволяет выработать оптимальную демографическую политику в области рождаемости. В этой работе проводилось оценка репродуктивной установки мужчин, путём опроса мнения 385 мужчин в возрасте 15-49 лет. Из них 185 (48,1%) из Андижанской области. Социально-экономические критерии респондентов были – место жительства; возраст; образование; национальность; профессия; члены семьи; семейное положение; возраст начала половой жизни и при женитьбе; наличие детей и возраст при рождении первого ребёнка. Предметом оценки была норма «детности», интервал между родами, пропорция охвата контрацептивами, более используемый вид, кто решает предпочтение метода, где получают информацию, отношение к абортам, барьеры к созданию семьи, информированность по заболеваниям передающиеся половым путём, и пути информирования мужчин в общей популяции. Определилась норма «детности» 3-4 детей (30,4%) с тенденцией на снижение 2-3 (28,1%) или 1-2 детей (17,7%). Количество детей в семье зависело от здоровья матери 19%, и от экономического положения семьи 15,8%. Оптимальный интервал между родами был 24 месяца (38,7%). Среди 64,5% пользователей контрацептивами, 77,1% использовали внутри маточные спирали, 11,2% презерватив и 11,8% другие методы. Только 30% мужчин желали иметь ребёнка в ближайшем будущем. Решение выбор контрацептива-«Совместно с

партнёром» 35,7%, «мужчиной» 36,3%. Контрацептивами не пользовались мужчины, категории «не женат» (34,2%), «желание иметь детей» (27,1%), и «беременность жены» (11,6%). 33,9% мужчин знали внутри маточные спирали, 14,1% презерватив, и не знающих контрацептивы было 13,5%. 58,4% не посещали клинику за последние 12 месяцев и медицинский работник не информировал их. 72,5% мужчин противники аборта. Барьерами к созданию семьи «родственный брак» считали 24,7% мужчин; 16% «не совместимы по медицинским показаниям»; 14,7% «несовершеннолетние» и 11,3% «близкие родственники \ несовершеннолетние». 86,4% мужчин слышали о заболеваниях передающиеся половым путём. 79,3% предполагали о путях предупреждения заболеваний передающиеся половым путём, 18,6% не знали и 2,1% не думают, что такой метод есть. Презерватив, как меру профилактики от заболеваний передающиеся половым путём знают 21,2% мужчин. 50,6% респондентов составили пропорцию не информированных. Основным местом получения медицинской информации для большинства респондентов является дом 40,2%, предположительно телевидение.

Необходимо повысить информированность мужчин по современным, эффективным методам контрацепции, абарту и его последствий. Повысить информированность мужчин и женщин о барьерах вступления в брак и заболеваниях передающиеся половым путём. Улучшить командный подход к информированию и для информирования по возможности использовать телевидение.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ

*Насиров М.М., Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность: Смертность от клинически явной хронической сердечной недостаточности как минимум в 2 раза превышает смертность от онкологических заболеваний. Сердечная недостаточность – самый частый диагноз после 65 лет. Ежегодно диагностируются до 700 000 новых случаев ХСН. В странах Западной Европы распространенность ХСН составляет 2,9-3,9 %. Распространенность и показатель выявляемости ХСН увеличивается с возрастом. Практически удваивается с каждым 10-летием жизни после 45 лет.

Цель: Изучение качества оказываемой медицинской помощи больным с ИБС в условиях семейной практике.

Задачи: 1.Выявить структуру ишемической болезни сердца (ИБС) среди населения участка. 2.Проанализировать тактику ведения больных с ИБС на данном участке. 3.Оценить качество жизни больных ИБС с помощью анкетирования. 4.Разработать практические рекомендации для улучшения тактики ведения больных в условиях семейной поликлиники на основании выводов.

Методы: Ретроспективное изучение 50 случайно отобранных амбулаторных карт из числа диспансерно наблюдаемых больных с сердечно-сосудистой патологией в семейных поликлиниках №3, №7, №8 и №5 города Андижана. Проведение анкетирования больных для определения качества жизни

Выводы: При ретроспективном анализе амбулаторных карт показали, что на 1-м месте среди причин, приводящих к развитию НК стоит - ИБС 38 (76%), на 2-м месте – гипертоническая болезнь 6 (12%), на 3-месте – ревматизм 3 (6%) и на 4-месте – кардиомиопатия 2 (4%). Мужчин составили 54%, а женщин 46%. С увеличением возраста прогрессирует стадия НК. В СП не было клинического протокола по ведению больных с ИБС и с НК. ЭКГ аппарат в рабочем состоянии. Из 3 врачей 2-е работает как ВОП врачи и пользуется с тонометром. В СП работает 3 врачей, из них 2-е обучены 10 месячному курсу по подготовке ВОП. В условиях семейной практики лишь 20% больных получают лечение, включающее препараты традиционной схемы лечения НК и 80% больных получают препараты из групп, не являющихся основными в лечении НК или принимает крайне нерегулярно. В условиях СП врачи лишь 20% больным прописывает немедикаментозную терапию. Только 45,6% больные знали как правильно принимать назначенные лекарственные препараты и 39,1% пациенты знает о провоцирующих факторах и осложнениях своего заболевания. Качество жизни больных с НК низкое и очень низкое, что связано с неполным охватом лечебными мероприятиями больных и, возможно, низким социальным уровнем жизни, не позволяющим получать необходимое лечение.

Практические рекомендации: Использовать в работе семейного врача, предложенные нами метод анкетирования, с помощью которого можно выявить ХСН на более ранних стадиях.

Врачам общей практики уделить особое внимание качеству жизни больных, которое можно определить при помощи анкеты.

Всем семейным врачам рекомендовать придерживаться современным традиционным схемам лечения ХСН, так как по данным наших исследований большой процент не получали соответствующее лечение, что способствовала снижению качества жизни больных и прогрессированию заболевания.

Усилить контроль семейных врачей за больными ХСН, а именно своевременностью и регулярностью приема лекарств, обеспеченностью ими, длительностью и результатами проводимой терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИТАГЛИПТИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Негматова Г.Ш., Содиков С.С., Норшодиева Р.У.
Самаркандский областной эндокринологический диспансер*

Актуальность: Многие годы сахарный диабет (СД) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Широкий интерес к проблеме СД объясняется его значительной распространенностью во всех странах. В настоящее время в мире насчитывается более 150 млн. больных СД, по прогнозам ВОЗ к 2025 году ожидается увеличение числа таких больных до 300 млн. Ежегодно количество вновь диагностированных случаев

составляет 6-10% по отношению к общему числу больных, что ведет к его удвоению каждые 10-15 лет. В экономически развитых странах СД в связи с этим стал не только медицинской, но и социальной проблемой.

Цель. Оценка эффективности и безопасности применения ситаглиптина в лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа), декомпенсированных на фоне приёма метформина и гликлазида в монотерапии или комбинации.

Материалы и методы. В исследование включены 70 пациентов с СД 2 типа и HbA1c от 7,5% до 11%, составившие 3 равные по количеству человек группы. 1-ю группу составили пациенты, находящиеся на монотерапии метформином; 2-ю группу - пациенты, находящиеся на монотерапии гликлазидом; 3-ю группу - пациенты, получающие комбинацию метформина и гликлазида. К лечению всех пациентов был добавлен ситаглиптин 50 мг в сутки, при необходимости доза увеличивалась до 100 мг. На старте исследования и после 12 недель выполнялось суточное мониторирование уровня глюкозы крови, определялся уровень гликированного гемоглобина (HbA1c %), гликемии натощак, постприандиальная гликемия, выполнялся биохимический анализ крови.

Результаты. Через 12 недель отмечено снижение уровня HbA1c в 1-й группе на 1,1% ($p < 0,005$) от исходного, во 2-й на 0,7% ($p < 0,01$) и в 3-й группе на 0,8% ($p < 0,01$); снижение уровня гликемии натощак в среднем на 1,4 ммоль/л ($p < 0,005$) в 1-й группе, на 0,8 ммоль/л ($p < 0,01$) во 2-й группе и на 1,1 ммоль/л ($p < 0,01$) в 3-й группе; снижение постприандиальной гликемии на 2,3 ммоль/л ($p < 0,005$) в 1-й группе, на 2,2 ммоль/л ($p < 0,01$), во 2-й группе и на 2,2 ммоль/л ($p < 0,01$) в 3-й группе; снижение вариабельности гликемии в 1-й группе на 1,0 ммоль/л ($p < 0,001$) во 2-й группе на 0,7 ммоль/л ($p < 0,01$), в 3-й группе на 0,6 ммоль/л ($p < 0,5$). Увеличение частоты возникновения гипогликемий, прибавки массы тела и других побочных эффектов на фоне интенсификации терапии ситаглиптином не отмечено.

Выводы. Полученные данные, свидетельствующие о том, что интенсификация сахароснижающей терапии препаратом ситаглиптина в суточной дозе 50 или 100 мг является эффективной для большинства и безопасной для всех пациентов, имеющих недостаточную компенсацию углеводного обмена на фоне приёма метформина и гликлазида в монотерапии или в комбинации.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Негматова Г.Ш., Джуроева З.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Выявить особенности факторов риска прогрессирования поражения сердечно-сосудистой системы у больных первичным гипотиреозом

Материалы и методы. Обследование 57 женщин, с первичным гипотиреозом, в возрасте от 48 до 60 лет. Результаты сравнивались с контрольной группой здоровых лиц в возрасте от 35 до 45 лет ($n=15$). В 1-ую группу больных с гипотиреозом вошли 23 пациентки в фазе декомпенсации, во 2-ую группу вошли 34 больных, в фазе компенсации, получающие заместительную терапию левотироксином. Проведено исследование гормонального профиля, липидного спектра, эхокардиография с подсчетом массы левого желудочка. Функцию эндотелия оценивали методом ультразвуковой доплерографии плечевой артерии с проведением пробы с реактивной гиперемией и пробы с гипервентиляцией.

Результаты. Группа больных с декомпенсацией и компенсацией гипотиреоза значительно не отличались по возрасту, давности заболевания, причине первичного гипотиреоза, частоте артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Уровень общего холестерина у пациентов с декомпенсацией заболевания достоверно не отличался от группы компенсации ($p=0,57$), причем в обеих группах уровень общего холестерина был выше, чем показатели у здоровых лиц ($p=0,002$ в 1-ой группе и $p=0,0007$ во 2-ой группе). При оценке параметров эндотелийзависимой вазодилатации, у больных как с декомпенсацией заболевания (1 группа, $p=0,043$), так и компенсацией (2 группа, $p=0,02$) при проведении пробы с реактивной гиперемией обнаружено снижение прироста диаметра артерии после наложения манжеты, достоверно отличающееся от показателей здоровых лиц. У пациентов с декомпенсацией гипотиреоза в пробе с гипервентиляцией прирост диаметра плечевой артерии был недостаточен, по сравнению со здоровыми лицами и показателем у пациентов с компенсацией гипотиреоза. Величина комплекса интима медиа в обеих группах больных была достоверно выше таковой в группе здоровых лиц, ($p=0,003$ для 1-й группы и $p=0,0008$ для 2-й группы, соответственно), различия между группами недостоверны ($p=0,30$). У больных в обеих группах выявлена диастолическая дисфункция по типу замедленной релаксации (в 1-й группе в 87,5%, и во 2-й группе в 93,3%, $p=0,4$). Среди больных обеих групп часто встречались как концентрический, так и эксцентрический тип гипертрофии левого желудочка. Как в 1-й, так и во 2-й группах гипертрофия левого желудочка отсутствовали лишь в 34,3% и 31,12% соответственно.

Выводы. У больных гипотиреозом, как в фазе компенсации, так и декомпенсации обнаруживается гиперхолестеринемия, признаки дисфункции эндотелия, умеренные изменения стенки левого желудочка в виде эксцентрической и концентрической гипертрофии, нарушение диастолической функции, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. При наличии изменения у пациентов даже с компенсированным гипотиреозом необходимо провести лечебные мероприятия, направленные не только на компенсацию заболевания, но и на нормализацию липидного спектра, артериального давления и эндотелиальной функции.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Негматова Г.Ш., Содиков С.С.

Самаркандский областной эндокринологический диспансер

Актуальность. Нарушение обмена веществ при СД приводит к изменению функциональной активности всех органов и систем: органа зрения, сердечно - сосудистой, пищеварительной, а также гепатобилиарной системы, патология которой при СД наименее изучена. СД является одним из заболеваний, при котором наиболее часто и тяжело поражается

печень. Следовательно, изучение ее функционального состояния представляет особый интерес, так как поражение печени существенно влияет на течение, уровень компенсации и прогноз заболевания

Цель исследования. Изучить влияние препарата ТАД у больных сахарным диабетом 2 типа, осложненного жировым гепатозом.

Материалы и методы. Проведено обследование 30 больных сахарным диабетом 2 типа, осложненного жировым гепатозом, средний возраст – $55,5 \pm 10,5$ лет; женщин – 17 (78,8%), мужчин 13, средний возраст – $55,3 \pm 9,5$ лет. Методом иммуноферментного анализа больным проводилось исследование на аппарате “Beckman”, где определяли основные показатели липидограммы (общий холестерин, липопротеиды очень низкой плотности, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, триглицериды, коэффициент атерогенности). По данным УЗИ диагностировали жировой гепатоз. Больные были переведены на инсулинотерапию. В комплексную терапию включали препарат ТАД в качестве антиоксиданта

Результаты. По данным обследования больные были разделены на две группы: 1 группа – получала комплексную стандартную терапию (13 больных или 45%) и 2 группа – (17 больных, или 56,6%), получала дополнительно ТАД в/в 600мг внутривенно 10 дней. Учитывая разницу при анализе показателей липидограммы было выявлено, что практически все параметры были статистически значительно ниже у больных 2-ой группы, чем у 1-ой группы. Медиана общего холестерина во второй группе составила 4,5 ммоль/л, в первой – 5,0 ммоль/л ($p=0,007$). Медиана содержания триглицеридов – 1,3 и 2,3 ммоль/л ($p=0,002$); липопротеиды низкой плотности – 2,2 и 3,1 ммоль/л ($p=0,002$); липопротеиды очень низкой плотности – 0,6 и 1,3 ммоль/л ($p=0,044$); коэффициент атерогенности – 2,5 и 3,9 ($p=0,018$). Причем уровень липопротеидов высокой плотности был одинаков у больных обеих групп – 1,3 (1,0-1,5) ммоль/л.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности антиоксидантной терапии в лечении жирового гепатоза у больных сахарным диабетом 2 типа. Использование ТАД восстанавливает нарушение функционального состояния печени и липидного метаболизма.

ВОСПАЛЕНИЕ, СТЕАТОЗ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ И ФАКТОРЫ АТЕРОГЕНЕЗА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

*Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Ашуралиева М.А., Ахмедова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Оценить влияние урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) на воспаление, стеатоз и фиброз печени и факторы атерогенеза у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. В исследовании были включены 68 больных НАЖБП, которые получали 15 мг/кг УДХК (Урсосан) в сутки на протяжении 24-х нед. До начала и после окончания исследования были определены показатели функции печени и липидного обмена, индекс стеатоза печени FLI, толщина комплекса интима-медия (ТКИМ) сонных артерий, рассчитан сердечно-сосудистый риск по калькулятору ASCVD 2013.

Результаты. На фоне применения УДХК у больных НАЖБП наблюдалось снижение активности АЛТ ($p<0,001$), АСТ ($p<0,001$), ГГТП ($p<0,001$), концентрация общего холестерина ($p<0,001$), триглицеридов ($p<0,001$), ЛПНП ($p<0,001$) в крови, индекса стеатоза печени FLI ($p<0,001$). Кроме того, у женщин также снизился показатель ТКИМ ($p=0,048$) и десятилетний риск сердечно-сосудистых осложнений по калькулятору ASCVD 2013 ($p<0,022$).

Выводы. Применение УДХК при НАЖБП приводит к уменьшению активности воспалительных процессов в печени, ее стеатоза, а также улучшает показатели липидного обмена и обладает потенциальными антиатерогенными свойствами. На фоне применения УДХК не было отмечено прогрессирования фиброза печени. Никто из участников наблюдательной программы не дошел до нормальной массы тела к ее окончанию, поэтому представленные положительные изменения следует отнести непосредственно к эффектам УДХК.

ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

*Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Ахмедова Д.К., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Оценить частоту и клиническое значение МС, ИР и стеатоза печени у больных с ХГС.

Материалы и методы. Обследованы 115 больных с ХГС. В исследования включались больные, находившиеся в стационаре клиники АГМИ. Исключения составляли гепатиты другой этиологии. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, клинического исследования, результатов лабораторных методов диагностики, включая вирусологические методы (позитивные методы) с определением генотипа HCV и вирусной нагрузки. У всех больных определяли рост, вес, окружность талии, рассчитывался индекс массы тела в $\text{кг}/\text{м}^2$. Диагноз метаболического синдрома в соответствии с Treatment Panel III, а именно при наличии не менее 3 из 5 критериев: гипергликемия натощак (уровень глюкозы $> 6,1$ ммоль/л). Абдоминальное ожирение (ОТ > 100 мм для мужчин и ОТ > 88 для женщин), гипертриглицеридемия (ТГ $> 1,7$ ммоль/л), низкий уровень холестерина ХСЛПНП, АД $> 130/80$. У всех больных проводилась оценка уровня инсулина натощак с применением НОМА (Homeostatis Model Assessment)-индекса, у всех больных определялась уровень лептина в сыворотке крови.

У 103 больных проводилось определение уровня инсулина натощак и оценка инсулинрезистентности с применением НОМА. Критерием наличия инсулинрезистентности считали НОМА – $\text{IR} > 2$.

Результаты исследования. В нашем исследовании преобладали мужчины (м/ж 73\50), возраст больных составил от 18 до 76 лет. Среди компонентов МС у больных ХГС обращает внимание высокая частота абдоминального ожирения – 64 (52%) больных, 54 из 123 (47,2%) больных имели избыточную массу тела ($\text{ИМТ} > 25 < 30 \text{ кг}/\text{м}^2$). У 45 из 123

(43,9%) больных имели ожирение (ИМТ>30 кг/м²), при этом частота ожирения 1,2,3 степени составила 31 (25,2%), 12 (9,8%) и 2 (1,6%) соответственно. Также обращает на себя внимание высокая артериальная гипертензия 43,9%, атерогенная дислипидемия у 58 (47,2%), снижение ХС ЛПВП у 59 (48%) больных, в том числе у 12 (9,8%) больных диагностирован сахарный диабет.

Выводы. При изучении 123 больных ХГС выявлена высокая частота МС 47,2%, ожирение 36,6%, ИР 50%, СД 2 типа 9,8%, стеатоза печени 33,9%.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ . СИНДРОМОМ

*Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Усманов С.С., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Оценить лабораторные характеристики ХГС у больных с метаболическим синдромом, абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью.

Материалы и методы. В исследование включены 115 больных с ХГС малосимптомным течением заболевания, компенсированной или субкомпенсированной функцией печени (58 мужчин и 57 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет. Диагноз установлен на обнаружении в крови маркеров вируса гепатита HCV-Ab, RNA-HCV, а также по совокупности клинико-анамnestических, эпидемиологических, биохимических, инструментальных данных согласно классификации хронических гепатитов (Лос Анжелес 1994 год). Критериями исключения при подборе пациентов были признаки субкомпенсированного и декомпенсированного цирроза печени (по Чайльд-Пью 1973 год), возраст старше 55 лет, другие хронические заболевания печени гепатит В, прием гепатотоксичных и иммуносупрессивных препаратов, употребление наркотических средств и хронический алкоголизм, сахарный диабет, неконтролируемая и симптоматическая артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и тяжелая сопутствующая соматическая патология.

Результаты исследования. Учитывая значение АО как обязательного компонента метаболического синдрома, оценили его в группе обследованных больных. Абдоминальное ожирение было выявлено у 46,1 % больных ХГС. Гендерных различий в частоте выявления АО не найдено (0,05). Вместе с тем АО более часто было выявлено у больных ХГС старше 40 лет (71,1%) в сравнении с младшей возрастной группой (33,8 %) $P<0,001$. При сопоставлении АО с ИМТ что 60,4% больных ХГС абдоминальное ожирение сочеталось с ИМТ, а у 24,5% с ожирением, в то время как 15,1% больных масса тела была нормальной.

Метаболический синдром диагностировали у 15% с ХГС. У больных ХГС с АО метаболический синдром встречался чаще (28,3 %). Мы проанализировали встречаемость отдельных компонентов метаболического синдрома. Следует отметить, что у большинства с АО (73%) выявлялся хотя бы один дополнительный компонент метаболического синдрома, среди которых наиболее часто было снижение уровня ХСЛПВП (52%).

Выводы. Метаболический синдром выявлен у 13% больных ХГС, абдоминальное ожирение (46,1%), а инсулинорезистентность (28,7%). Инсулинорезистентность встречается чаще у больных ХГС с абдоминальным ожирением, чем без него. Снижение уровня антиатерогенного ХСЛПВП встречается при ХГС 51,3% случаев, при этом частота этого признака не зависит от абдоминального ожирения. Наличие у больных ХГС абдоминального ожирения, метаболического синдрома, инсулинорезистентности сопровождается большей биохимической активностью гепатита.

ОСОБЕННОСТИ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее время все чаще ставится вопрос о том, что для совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории больных необходимо проведение комплексного обследования гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, пищевода, желудка и ДПК, т.е. органов, имеющих тесные анатомо-функциональные взаимосвязи и общие механизмы развития патологических изменений.

Многогранность патогенетических механизмов развития и высокий риск хронизации заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с ЖКБ диктуют необходимость проведения углубленной диагностики и целенаправленной коррекции, учитывающей возможность сочетанного воздействия на общие и местные механизмы патологического процесса.

Цель исследования. Изучить особенности морфофункционального состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта пациентов с желчнокаменной болезнью и с постхолецистэктомическим синдромом и определить возможности использования новых диагностических технологий трансабдоминальной гастросонографии для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты комплексного клинического обследования 175 пациентов, проведенного в период с 2017 по 2019 год включительно в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Согласно результатам анамnestического анализа, только у 38,9% пациентов с ЖКБ и в группе больных с ПХЭС у 40,8% после выполнения ХЭ были ранее диагностированы заболевания пищевода, желудка и ДПК; средняя продолжительность сопутствующих заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта составила $6,9\pm2,1$ лет и $7,2\pm2,4$ лет соответственно.

Результаты клинического обследования пациентов, как с ЖКБ, так и с ПХЭС свидетельствовали о полиморфном характере объективных признаков, причем необходимо отметить, что только у определенной части обследованных (29,2% и 40,8% пациентов соответственно) выявлены жалобы и симптомы, косвенно указывающие на наличие на момент обследования поражения верхних отделов ЖКТ.

Учитывая полиморфность и неспецифичность клинических проявлений, а также достаточно невысокий процент больных с диагностированной в до- и послеоперационный период патологией желудочно-кишечного тракта, можно сделать заключение о целесообразности осуществления комплексного обследования морфо-функционального состояния пищевода и гастродуоденальной зоны на всех этапах ведения данной категории больных.

В работе изучена структура патологических изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с ЖКБ. В результате исследования у 75,0% больных с ЖКБ диагностированы морфо-функциональные изменения пищевода (6,9%), желудка (73,6%) и ДПК (75,0%), которые только в 7,3% случаев носили изолированный характер, тогда как у 92,7% больных имел место сочетанный характер поражения.

Полученные нами данные несколько отличаются от результатов отечественных и зарубежных исследователей, изучавших частоту и особенности течения заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с холелитиазом [Ильченко А.А., 1998; Portincasa P., 1997; Kim D.Y., 2000]. Необходимо подчеркнуть, что в настоящем исследовании использование широкого диапазона высокоинформативных диагностических методик в соответствии с поставленными задачами позволило не только осуществить комплексную оценку морфологических параметров, секреторной и моторно-эвакуаторной деятельности верхних отделов желудочно-кишечного тракта, но и уточнить особенности сочетанного поражения гепатобиллярной системы и гастродуоденального комплекса у пациентов с ЖКБ.

У 6,9% пациентов с ЖКБ диагностированы воспалительные изменения слизистой оболочки дистальных отделов пищевода, с наличием эрозий в 2,8% случаев. Гистологическая картина при этом характеризовалась паракератозом плоского эпителия, выраженной лейкоцитарной инфильтрацией подслизистого слоя и отеком мышечной оболочки, что явилось следствием гастроэзофагеального рефлюкса из-за функциональной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера. Патологический характер гастроэзофагеального рефлюкса был также подтвержден у 7,8% пациентов во время проведения кратковременной внутрижелудочной рН-метрии в виде снижения рН пищевода в горизонтальном положении на 11-13 минуте исследования и в ходе трансабдоминальной гастросонографии - в увеличении диаметра абдоминального отдела пищевода (до $3,29 \pm 0,54$ см), регистрации значения угла Гиса более 90° .

Зарегистрированные у 73,6% пациентов с ЖКБ гастритические изменения в виде различной по степени выраженности воспалительной инфильтрации, гиперемии, экссудации, гиперплазии и атрофии слизистой оболочки локализовались преимущественно в антральном отделе и в теле желудка. У 8,3% больных в ходе ЭГДС и трансабдоминальной гастросонографии диагностировано эрозивное поражение желудка. Гистологически определяли признаки хронического поверхностного гастрита (20,8%); у 15,3% пациентов на фоне вышеописанных изменений определялись признаки поражения железистого аппарата желудка без явлений атрофии. Результаты исследования выявили у трети пациентов с ЖКБ признаки атрофического гастрита; в 9,7% случаев фиксировали участки кишечной метаплазии. Наличие *Helicobacter pylori* в гастробиоптатах установлено у 47,2% больных с ЖКБ, причем частота регистрации хеликобактериоза у пациентов с атрофическими формами гастрита была достоверно выше, чем при других вариантах морфологических изменений слизистой оболочки желудка ($p < 0,05$).

Анализ состояния секреторной функции желудка у пациентов с ЖКБ, который проводился с учетом значения кислотно-пептического фактора в инициации и хроническом течении гастродуоденальной патологии, установил нормальный уровень секреции кислоты только у половины больных (52,2%), тогда как в 28,3% случаев выявлена гиперсекреция, в 19,5% случаев - умеренное снижение уровня секреции кислоты.

Патологические изменения ДПК диагностированы у 75,0% пациентов с ЖКБ, причем у 5,6% из них - эрозивное поражение бульбарного и постбульбарного отделов, у 6,9% - язвенные дефекты размером до 12 мм, у 5,6% больных диагностирована рубцовая деформация луковицы ДПК без явлений стенозирования, у 56,8% больных - выраженная дилатация просвета ДПК вследствие дисмоторных проявлений по гипокINETическому типу. При гистологической оценке дуоденальной слизистой выявлялись структурные изменения, свидетельствующие о наличии воспалительных (41,7%) или дистрофических (33,3%) процессов.

Признаки хронического воспаления слизистой оболочки БДС диагностированы более чем у четверти обследованных (26,4%), что в основном определило нарушение функционального состояния сфинктера Одди и оказало неблагоприятное влияние на желчеотток; у данной категории пациентов нами установлены более интенсивные проявления холестатического синдрома ($p < 0,05$).

В результате проведенного исследования констатирован факт наличия ДГР у подавляющего большинства пациентов с ЖКБ (76,4%), который эндоскопически и эхоскопически регистрировался на фоне недостаточности и снижения сократительной способности гастродуоденального перехода (63,9%), а во время проведения кратковременной внутрижелудочной рН-метрии проявлялся резкими подъемами рН в фундальном отделе желудка, отражающими ретроградное перемещение содержимого из ДПК ($4,83 \pm 0,45$ рефлюксов в течение 1 часа).

Анализ степени выраженности ДГР, согласно определения концентрации желчных кислот в желудочном соке в ходе аспирационно-зондового исследования, позволил выявить у большинства обследованных слабо выраженный рефлюкс (28,3%), рефлюкс средней интенсивности (34,8%) и выраженный рефлюкс (10,8%); патологический характер ДГР подтвердился результатами гистологического исследования гастробиоптатов.

Анализ моторно-эвакуаторной деятельности верхних отделов желудочно-кишечного тракта, по данным трансабдоминальной гастросонографии, позволил установить у подавляющего большинства пациентов с ЖКБ (76,4%) различные сочетания регургитационных проявлений, недостаточности сфинктеров и нарушения перистальтической активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Вывод. Результаты исследований позволили определить диагностическую ценность трансабдоминальной гастросонографии в выявлении структурных и функциональных изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом. Разработанные методики ультразвуковой диагностики дуоденогастрального рефлюкса, нарушений сократительной способности привратника и сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка могут быть использованы в качестве дополнительных неинвазивных критериев оценки состояния гастродуоденального комплекса, а также для контроля эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ниязова Я.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Согласно данным зарубежных исследований депрессивные состояния являются единственной причиной 10-20% визитов к участковым врачам. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что депрессивные состояния выступают в качестве независимого фактора риска развития артериальной гипертензии.

Депрессивные состояния служат одной из основных причин снижения трудоспособности больных. Несмотря на клиническую значимость, депрессивные состояния в общемедицинской сети в большинстве случаев не выявляются и, соответственно, не лечатся. Это обусловлено недостаточной информированностью врачей о современных возможностях в плане диагностики и терапии депрессий, что свидетельствует об актуальности изучения распространенности и возможности лечения депрессий у пациентов, страдающих артериальной гипертензией.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных эссенциальной артериальной гипертензией путем использования новых критериев диагностики, оптимизации выбора средств лечения, улучшения приверженности больных к лечению в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 145 больных эссенциальной артериальной гипертензией, в возрасте от 24 до 69 лет (средний возраст $53,8 \pm 2,7$), находившиеся на амбулаторном лечении в клинике АГМИ г. Андижана. Средние цифры систолического АД в исследуемой группе составили $163,17 \pm 2,34$ мм. рт. ст., диастолического АД - $96,67 \pm 1,91$ мм. рт. ст.

Результаты исследования. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 55,3% в структуре общей смертности населения, при этом 48,5% смертельных случаев связаны с ИБС и 35,2% - с цереброваскулярными заболеваниями. Ожидается, что к 2020 году число смертей от ССЗ достигнет во всем мире около 25 млн в год. У 60% больных с нарушениями мозгового кровообращения имеет место АГ.

Анализируя полученные данные можно отметить, что показатели гидратации плазмы крови у пациентов страдающих АГ достоверно не отличаются от аналогичных показателей группы контроля. Несколько иная ситуация выявлена для показателей гидратации форменных элементов крови. Общая, связанная вода и коэффициент гидратации форменных элементов крови также достоверно не отличаются от показателей контрольной группы, однако содержание свободной воды в форменных элементах крови пациентов с АГ ($42,379 \pm 0,507$) достоверно ниже ($P < 0,05$) аналогичного показателя у здоровых людей ($44,829 \pm 0,424$). Полученные данные подтверждают результаты исследований других авторов о большей чувствительности системы гидратации форменных элементов крови по сравнению с плазмой.

Достоверное снижение уровня свободной воды в форменных элементах крови может свидетельствовать о нарушениях процессов адаптации у больных артериальной гипертензией и снижении у них компенсаторных возможностей организма

Нами исследовано влияние пола, возраста и длительности заболевания на показатели гидратации биомакромолекул крови. Показано, что исследуемые нами факторы достоверно не влияли на показатели гидратации биомакромолекул крови пациентов страдающих АГ. Как в плазме, так и в форменных элементах крови достоверных изменений в уровне общей, свободной и связанной воды, а также коэффициента гидратации отмечено не было.

Представлялось интересным определить, влияет ли стадия АГ на процессы гидратации в биомакромолекулах крови пациентов. Для этой цели нами были исследованы уровни общей, свободной, связанной воды, а также коэффициент гидратации в плазме крови и ее форменных элементах в зависимости от стадии АГ. Достоверных различий показателей гидратации плазмы крови в зависимости от стадии заболевания нами выявлено не было. Не было достоверной разницы в показателях гидратации плазмы крови во все стадии заболевания по сравнению с контрольной группой.

По иному вели себя показатели гидратации форменных элементов крови. Нами выявлены достоверные различия в содержании свободной воды в форменных элементах крови в зависимости от стадии заболевания. Содержание свободной воды было максимальным в I стадии болезни ($44,891 \pm 0,695$), достоверно ($p < 0,05$) снижалось во II стадию ($42,543 \pm 0,605$) и было минимальным ($p < 0,05-0,01$) в третью стадию болезни ($40,605 \pm 0,374$). Остальные показатели гидратации (общая и связанная вода, коэффициент гидратации форменных элементов крови) достоверно не изменялись.

Анализируя полученные данные, можно не только констатировать факт нарушения процессов адаптации у больных АГ и снижении у них компенсаторных возможностей, но и попытаться количественно оценить эти нарушения. Достоверное снижение содержания свободной воды в форменных элементах крови доказывает усугубление процессов дезадаптации организма по мере увеличения степени тяжести заболевания.

Полученные нами данные свидетельствуют о возможности использования показателей гидратации биомакромолекул крови, а именно уровня свободной воды в форменных элементах крови, в качестве дополнительного критерия диагностики стадий артериальной гипертензии, а также в качестве критерия глубины нарушения компенсаторных возможностей организма пациента.

Вывод. Предложенные способы диагностики, оценки эффективности лечения, оптимизации выбора средств и сроков проводимой терапии открывают путь к более обоснованному индивидуальному подбору лечебных мероприятий в данной группе пациентов.

Исследование содержания фракций воды в биомакромолекулах крови позволяет эффективно диагностировать стадию АГ.

Уровень энтропии системы гидратации в биомакромолекулах крови является надежным дополнительным критерием диагностики стадий АГ.

Изучение основных факторов приверженности к лечению у больных с ЭАГ позволяет выявить наиболее низкие из них, что дает возможность оптимизировать и индивидуализировать проведение «Школы здоровья» для данной группы пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

*Ниязова Я.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Повышение стоимости медицинской помощи, появление альтернативных методов лечения вызывает интерес к проблемам фармакоэкономической оценки эффективности лечения ИБС. Актуальность поиска фармакоэкономической стратегии лечения ИБС на амбулаторном и стационарном этапе определяется не только распространенностью этой патологии, но и большой стоимостью лечения. Современная тенденция российского здравоохранения связана с усилением механизмов государственного регулирования, направленного в основном, на более рациональное использование ограниченных ресурсов и сдерживание затрат. В этой ситуации необходимо использовать показатели экономической оценки эффективности лечения, которые позволят в конкретной клинической ситуации выбрать наиболее оптимальный вид лечения с учетом его эффективности и стоимости.

Цель исследования. На основе использования методов клинико-экономического анализа и комплексного изучения параметров качества жизни оценить эффективность различных вариантов антиангинальной терапии у больных стабильной стенокардией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 259 пациентов ИБС со стабильной стенокардией напряжения, в возрасте от 50 до 78 лет (средний возраст $62,5 \pm 0,4$ лет), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Оценка КЖ у пациентов, получающих различные виды антиангинальной терапии. Для изучения КЖ пациентов со Ст Ст на фоне терапии ПН и нитратами с ОФ нами была использована анкета, включающая интегральный показатель, позволяющий в динамике оценить суммарный индекс КЖ, и его важнейшие составляющие (активность, самооценку, повседневную жизнь, психологический дискомфорт). При этом анализировались условия возникновения приступов стенокардии, количество этих приступов в разные временные промежутки, средняя продолжительность приступов и средняя длительность пути без приступа. Эти данные, по нашему мнению, наиболее точно позволяют судить о ФК стенокардии и определить ограничения физической активности в связи с заболеванием. Кроме того, оценивался психологический статус у больных со Ст Ст, характеризующий степень выраженность психологического дискомфорта в процессе лечения. Таким образом, проводилась комплексная оценка КЖ у исследуемых больных.

В зависимости от получаемой антиангинальной терапии больные были распределены на две группы. В первую группу вошли пациенты (130 чел), получающие ПФ ИСМН и ИСДН. Пациенты, использующие ИСМН ОФ или ИСДН умеренно-продолжительного действия, составили II группу (129 чел.). На амбулаторном этапе лечения досрочно выбыли из исследования 7 (2,7%) человек, из них два пациента в связи с развившейся головной болью на прием нитратов, 5 человек - без объяснения причин.

При первичном опросе приступы стенокардии, различной степени выраженности, наблюдались у всех пациентов. Так, несколько раз в день или ежедневно они возникали у 101 (77,6%) пациента I группы, и у 95 (73,7%) пациентов II группы, остальная часть опрошенных ответила, что приступы стенокардии возникают несколько раз в неделю и еженедельно, в I группе таких больных было 29 (22,3%), во II - 34 (26,3%). Через месяц от начала исследования, часть пациентов ответила, что на фоне терапии они не ощущают приступов стенокардии, причем таких больных оказалось примерно одинаковое количество в I и II группе, 24 (18,7%) и 22 (17,4%) соответственно. Но уже через 3 месяца наблюдения количество этих пациентов в I группе увеличилось до 34 (26,5%), а во II - оно осталось без изменений 22 (17,7%). Таким образом, положительный ответ на длительную терапию нитратами был более выражен у пациентов, получающих ПН.

Вывод. На основе полученных результатов обоснованы рекомендации для применения пролонгированных форм органических нитратов в качестве длительной антиангинальной терапии больных Ст Ст, что значительно позволяет сократить расходы, как на стационарном, так и амбулаторном этапах лечения.

Изучение КЖ пациентов со Ст Ст на фоне антиангинальной терапии позволяет определить влияние болезни на физическое, психологическое и эмоциональное состояние больного, выявить наиболее приоритетные параметры для каждого пациента, что дает возможность выполнения индивидуализированной целенаправленной коррекции возникающих расстройств и повысить эффективность лечения больных со стенокардией с точки зрения КЖ данного контингента.

Данные об изменении КЖ могут являться источником дополнительной, более объективной оценки лечения, а его динамика в ходе лечения - объективной характеристикой статуса пациента.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАННЫЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В

*Нурдинов Ш.Б., Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Усмонова Я.Г., Рахматова М.М.
Андижанский Государственный Медицинский институт*

Введение: Легочной синдром среди системных проявлений хронического активного гепатита и цирроза печени наблюдается у 10-15% больных и выражается нарушением внутрилегочной гемодинамики и артериальной гипоксемии, приводящее к дыхательной недостаточности. В патогенезе дыхательной недостаточности у больных циррозом печени с пульмональным синдромом имеют значение морфологические изменения в паренхиме легких, межуточной ткани и в сосудах малого круга кровообращения.

Цель исследования: Изучить частоту и особенности течения дыхательной недостаточности у пожилых с циррозом печени ассоциированный вирусом гепатита В.

Материал и методы исследования: Материалом исследования послужили 104 больные, циррозом печени, класс А по Чайлд-Пью, старше 60 лет. Мужчин было - 48, женщин- 56.

Методика исследования заключалась в исследованиях общего и биохимического анализа крови, ЭКГ, УЗИ, оксигеметрии, ФВД, рентгеноскопии грудной клетки, исследовании плевральной жидкости.

Результаты исследования: Гепато-пульмональный синдром клинически проявлялся болью в груди, одышкой, кашлем с трудно отделяемой мокротой, цианозом, тахипноэ крепитацией в нижних отделах легких. При рентгеноскопии грудной клетки у 15 больных выявлен правосторонний плеврит, двухсторонний плеврит наблюдался у 12 больных, при этом обильное скопления жидкости отмечено справа, у 7 выявлена картина фиброзирующего альвеолита. Анализ состава плевральной жидкости - подтвердил наличие трансудата. Другой особенностью является то, что удаление асцитической жидкости из брюшной полости и комплексная терапия цирроза печени способствовала уменьшению и исчезновению симптомов дыхательной недостаточности.

Выводы: Таким образом, доказано, что при хронических диффузных заболеваниях печени может развиваться пульмональный синдром с дыхательной недостаточностью. Дыхательная недостаточность являлась как бы третичным осложнением цирроза печени. Это обстоятельство требует правильной оценки в дифференциальной диагностике и проведения патогенетической терапии основного заболевания - цирроза печени.

СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА

*Нурдинов Ш.Б., Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Введение: Клинические проявления цирроза печени обладают чрезвычайной полиморфностью - от симптомов раздражения органа или системы до глубокого нарушения их морфологии и функции.

Цель исследования: Комплексное изучение больных циррозом печени и выявление сочетанных поражений органов желудочно- кишечного тракта с выделением основного и сопутствующих заболеваний.

Материал и методы исследования: Обследовано 104 больных циррозом печени класс А, мужчин было 48, женщин- 56: в возрасте от 60 до 70 лет. Им проведено комплексное гастроэнтерологическое обследование, включая эхоскопию органов брюшной полости, дуоденогастрофиброскопию, рН - метрию и гастродуоденальное зондирование.

Результаты исследования: цирроз печени сопровождался поражением того или иного органа пищеварительной системы.

Хроническое поражение гастродуоденальной зоны наблюдалось в 70% случаев: у 24% больных выявлен поверхностный гастрит с нормальной секреторной функцией, у 46% - хронический гастродуоденит. Среди них диагноз хронический гастродуоденит с гиперхлоргидрией установлен у 30%, хронический гастродуоденит с очаговой атрофией антральной части желудка и гастродуоденит с пониженной секреторной функцией - у 10%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - у 6 %. Кроме того, выявлено множество функциональных нарушений гастродуоденальной зоны: недостаточность кардиального сфинктера пищевода в 30% случаях, с развитием рефлюкс – эзофагита у 20%, дуоденогастральный рефлюкс - в 15 % и др. В 22% случаях поражение желудка и двенадцатиперстной кишки было выявлено как основное заболевание.

В 48% случаях установлен диагноз хронического панкреатита, который в 22% случаях явился основным заболеванием. В 8 случаях выявлена гипотоническая дискинезия желчного пузыря, в 2 - желчнокаменная болезнь, в 3 - хронический проктосигмоидит.

Как правило, у того же самого больного имелись сочетанные поражения печени, гастродуоденальной зоны и поджелудочной железы. Наиболее часто наблюдалось сочетание хронического алкоголизма с поражением печени различной степени (100%) и желудка (70,0%). Сочетанные поражения печени, гастродуоденальной зоны и поджелудочной железы выявлены в 48%. В отдельных случаях наблюдалось сочетание 4 или 5 заболеваний.

Выводы: Следует также отметить, что часть больных несмотря на сочетанные поражения пищеварительной системы, не предъявляли никаких жалоб или же они были минимальными. Это доказывает важность комплексного гастроэнтерологического исследования больных циррозом печени с целью выявления сочетанной патологии, назначения целенаправленного лечения.

ГИПЕРТОНИК КРИЗНИ ЭНЦЕФАЛОПАТИК ШАКЛИ: ПРОФИЛАКТИКА СИНИНГ ХУДУДИЙ НЕГИЗЛАРИ

*Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Охирги йиллар тадқиқотларида яқдиллик бор-ки, уларга боқилса, - айниқса ҳамдўстлик мамлакатларида, гипертоник кризга нисбатан эпидемиологик кризга нисбатан эпидемиологик номақбул тенденцияларни ўсиши кузатишган. Шунга қарамадан кейинги бир неча йиллар давомида гипертоник криз муаммосига эътибор қаратилган. Хусусан, унинг эпидемиологиясига оид ягона илмий фикр ҳозиргача йўқ, ҳатто-ки, халқаро асосий тавсияномаларда ҳам ГК ҳақида жуда қисқа баёнлар келтирилган.

Тадқиқотнинг мақсади – гипертоник кризнинг энцефалопатик шаклини (ГКЭШ) профилактикасига тегишли ҳудудий негизларни аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари: 15-70 ёшли уюшмаган 725 та репрезентатив Андижон аҳолисида эпидемиологик тадқиқот бажарилди. Унга ЖССТ (1999) ва ВНОК (2014) тавсия этган текширув усуллари ҳамда мезонларидан фойдаланилди.

Натижалар ва хулосалар: ГКЭШ юкори частоталарда эпидемиологик худудий тавсифларга эга эканлиги тасдиқланди. Учраш частотаси деярли ҳам 5-чи криз ҳолатига (19,8 фоиз) тўғри келади. Энг характерлиси у энг кўп ўртача оғир гипертонияда келиб чиқади (8,9 фоиз), энгил гипертонияда – 5,7 фоиздан ошмайди ($p<0,05$) ва оғир гипертонияда унинг учраши частотаси – 5,2 фоизни ташкил қилади ($p>0,05$).

ГКЭШ учун хос бўлган нарсаси, у кризни бошқа турларидан туб фарқ қилиб барча ёш гуруҳларида келиб чиқади: 20 ёшгача бўлганларда – 2,2 фоиз, 20-29да – 1,3 фоиз, 30-39да – 4,9 фоиз, 40-49да – 23,7 фоиз, 50-59да – 45,8 фоиз, 60-69да – 56,3 фоиз ва 70 ёшдан ошганларда – 40,0 фоиз. ГКЭШ икки баробарга етиб кўп оғир гипертонияда (25,0 фоиз), унинг энгил (12,5 фоиз) ва ўртача оғир гипертонияда (12,5 фоиз) турларига нисбатан, қайд қилинади ($p<0,01$).

Энгил артериаль гипертония билан 29 ёшгача бўлган беморларда ГКЭШ учрамайди (0,0 фоиз), 30-39да – 2,7 фоиз, 40-49да – 10,9 фоиз, 50-59да – 6,3 фоиз, 60-69да – 11,1 фоиз ва 70дан ошганларда – 12,5 фоиз кузатилади. Ўртача оғир гипертонияда ҳам ГКЭШ турли ёш диапазонларида тафовутланиб қайд этилади: 20-29да – 0,0 фоиз, 30-39да – 1,3 фоиз ($p<0,01$), 40-49да – 15,6 фоиз ($p<0,001$), 50-59да – 29,1 фоиз ($p<0,001$), 60-69да – 18,5 фоиз ($p<0,001$) ва 70дан ошганларда – 37,5 фоиз ($p<0,0001$).

Худудий профилактик чора-тадбирларни режалаштиришда ва узлуксиз антигипертензив давони олиб боришда ушбуларни инобатга олиниши мақсадга мувофиқ бўлади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА ДОНОЗОЛОГИК ТАШХИСОТ – ГИПЕРТОНИК КРИЗ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ИККИ ҚУТБИ

*Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РИШТЭИМ АФ, Андижон*

То ҳозиргача, жаҳон миқёсида қанчалик кўп миқдорда сармоя тиббиётга қўйилаётганига қарамасдан, замонавий тиб илмининг энг заиф бўғини бўлиб ўткир касалликларни, хусусан, гипертоник кризларни (ГК) барвақт ташхислаш, профилактика ва хавфсиз терапия дастурларини яратиш бўлиб қолмоқда. Асосан скрининг ва донозологик ташхисотга асосланган илғор профилактик технологияларни ҳануз етарлича яратилмаганлиги туфайли ургент кардиоваскуляр вазиятларни, айниқса артериал гипертония (АГ) билан боғлиқ асоратларни эпидемик тус олиб аҳоли орасида қўпайиши давом этмоқда.

Материал ва усуллар: эпидемиологик тадқиқот, тадқиқот объекти 725 нафар уюшмаган аҳоли гуруҳи, ГК ва АГни ташхисоти учун тавсия этилган ЖССТ мезонлари (1999)

Шундан келиб чиқиб **тадқиқотнинг мақсади** – гипертоник кризни Андижон шароитида эпидемиологик ва донозологик ташхисоти хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Натижалар ва хулосалар: гипертоник кризни муваффақиятини аҳоли орасида келтирувчи асосий омил ёки “интилиш қутби”, бу, - уни эпидемиологик мунтазам текширув ўтказиб фаол аниқлаб бориш ва иккинчи, АГ босқичида ёки асоратланиб улгурмаган пайтида донозологик ташхис қўйишдир. Олинган натижалар ва қилинган хулосаларимиз айнан шундай илмий фактни тасдиқлайди.

Рақамлар гапирди-ки, ТК аҳоли орасида юкори частоталарда – то 37,2 фоизга етиб учрайди. Расмий статистикага, масалан, Россияда олинган рақамларга (ГК йилига 1-7 фоиздан ошмасдан келиб чиқади) солиштирилганда 5,2 баробарга, бу сон кўп бўлиб, эпидемиологик ёндошувни, - ГКни барвақт аниқлаш ва профилактикалашда, қанчалик муҳим эканлигидан далолатлайди. АГ оғирлаши билан ГК келиб чиқиши 7,0 фоизга (ўртача оғир АГда) ва 3,0 фоизга (оғир АГда) етиб кўп келиб чиқади ($p<0,05$). Андижон шароитида бизнинг эътиборимизни тортган яна бир хусусият шу бўлдики, ГКни сув – тузли шакли устуворлик (19,8 фоиз) қилади ва нейро – вегетативли криз 2,1 фоиз кам даража билан (17,7 фоиз) келиб чиқади. Биз, бунини абориген аҳолида таомномадаги аҳолида жиҳатларни борлиги билан боғладик.

Яна бир жиҳат, бундай қонуният “энгил АГ” (5,7 ва 3,4 фоиздан; $p<0,05$) ва “оғир АГ” (8,9 ва 8,0 фоиздан; $p>0,05$) учун хос бўлиб, “оғир АГ”да кузатилмайди: ГК ушбу икки типи фарқли ўлароқ – 6,2 ва 5,2 фоиздан қайд қилинади ($p>0,05$).

Демак, “қутбли профилактика”ни ҳам АГ ва ҳам ГК билан беморларда кучайтириш эҳтиёж ва самарали йўналиш хисобланади.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И АЛКОГОЛЯ ПОДРОСТКАМИ СТУДЕНТАМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ).

Нурматова И.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Социальные и психологические проблемы, возникающие у молодежи, имеющей плохое как психическое, так и соматическое здоровье, в будущем могут явиться причиной для возникновения криминальных проблем. Происходит разрыв и деформация связей с ближайшим позитивным социальным окружением, появляется реальная угроза возникновения социальной изоляции.

В последние два десятилетия специалисты, занимающиеся изучением проблем подростков и молодежи, отмечают рост числа наркоманий и токсикоманий, увеличение количества потребителей алкоголя в этой возрастной группе.

Цель исследования. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ и алкоголя студентами государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования для разработки и внедрения научно обоснованных эффективных антинаркотических психопрофилактических и психогигиенических программ среди этого контингента населения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования

Ферганской области. Всего обследовано 85 студентов' 45 студентов медицинского колледжа и 40 студентов профессионально-педагогического колледжа. В исследуемой группе - 133 мужчины (17,3%) и 635 женщин (82,7%) Средний возраст обследуемых составил $17,8 \pm 1,5$ лет.

Материалы исследования также могут быть использованы при преподавании курсов наркологии в учреждениях высшего и среднего профессионального образования медицинского профиля и включены в программы валеологической направленности в общеобразовательных учреждениях.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический, экспериментально психологический, статистический методы.

Результаты исследования. Сведения, полученные в ходе настоящего исследования, позволили выделить среди обследованных в большинстве случаев до-нозологические формы употребления спиртных напитков. Абсолютные абстиненты (лица, совершенно не употребляющие алкоголя в течение, по крайней мере, года) и относительные абстиненты, которые употребляли алкоголь крайне редко (2-3 раза в год) в небольших количествах (до 100 мл вина или других спиртных напитков с низким процентом содержанием алкоголя), чаще под давлением окружающих составили 2,3%.

Сравнение количества абстинентов между студентами медицинских и немедицинских специальностей показало, что среди юношей студентов немедицинских специальностей абстинентов, как абсолютных, так и относительных, вообще не было; хотя девушек-абстинентов немедицинских специальностей было больше, чем среди девушек-медиков

Случайное употребление алкоголя встречалось у 37,8% студентов. Студенты этой группы употребляли алкоголь редко (от нескольких раз в год до 1-2 раз в месяц). Данная форма достоверно чаще встречалась у студентов медицинских специальностей ($p < 0,05$), в 1,9 раза чаще у девушек в сравнении с юношами ($p < 0,001$). Большинство студентов этой группы не испытывало эйфоризирующего эффекта после употребления спиртного, регулярности в приеме спиртного не было

Лица, умеренно употребляющие спиртные напитки, составляли практически половину всех студентов (46,2%). Они равномерно представлены в обоих колледжах (46,6% и 44,1%), а также практически одинаково распределены по полу. При употреблении алкогольных напитков почти треть студентов из этой группы отмечали получаемое удовольствие, хотя в целом эйфоризирующее действие алкоголя было выражено умеренно. Периодичность эпизодов употребления алкоголя отсутствовала. Чаще спиртное употребляли 1-4 раза в месяц. В большинстве случаев острая алкогольная интоксикация была легкой степени тяжести. Повышение дозы принимаемого спиртного отмечали 30% юношей и 4,6% девушек.

Систематическое употребление алкоголя с периодичностью 1-2 раза в неделю наблюдалось в 12,5% наблюдений. Юношей в этой группе было в 2,2 раза больше, чем девушек (соответственно 22,6% и 10,4%) ($p < 0,001$). Количество студентов немедицинских специальностей (20,2%) превышало количество студентов медиков (11,2%) в 1,8 раза ($p < 0,05$). Число девушек медицинских специальностей, систематически употребляющих алкоголь (9,6%) достоверно меньше удельного веса юношей-медиков (21,6%) в 2,25 раз ($p < 0,01$). Существенных различий между числом юношей и девушек немедицинских специальностей (22,4% и 17,2% соответственно) в данной группе не выявлено. Данные формы употребления алкоголя можно расценить как состояния, относящиеся по МКБ 10 к рубрике Р 10.1., т.е. употребление алкоголя с вредными последствиями. Для лиц этой группы в сравнении с предыдущей группой характерно учащение выпивок и расширение поводов для приема спиртного.

1,2% обследованных студентов употребляли алкоголь 2-3 раза в неделю, причем в этой группе юношей было значительно больше, чем девушек (соответственно 3,7% и 0,6%). Студентов немедицинских специальностей с данной частотой приема спиртного было в 13,8 раз больше, чем студентов-медиков ($p < 0,05$). В ходе исследования было выявлено, что у студентов этой группы исчез рвотный рефлекс, они отмечали появление потребности в опохмелении. В этом случае можно было говорить о формировании синдрома зависимости от алкоголя и отнести это состояние по МКБ-10 к рубрике Р 10.2.

Проведенный анализ «партнеров», с которыми обследуемые принимали спиртное, показал, что подавляющее число опрошенных (88,0%) склонны употреблять алкоголь с друзьями; менее часто «партнерами» по выпивке становились родители и родственники (47,3%), товарищи по учебе (27,3%).

При изучении причин употребления алкоголя оказалось, что наиболее часто студенты принимали алкоголь, стремясь поддержать компанию (69,7%), для снятия психоэмоционального напряжения (69,3%). В 38,2% случаев причиной употребления алкоголя было стремление облегчить контакты с людьми, в 35,8% - утрата значимого близкого. Для улучшения физического состояния спиртное принимали 20,1%, стремясь уйти от семейных проблем - 5,5% опрошенных студентов.

Изучение спектра употребляемого студентами медицинских специальностей спиртного показало, что они употребляли пиво - 84,2%, сухое вино, шампанское - 79,2%, водку, коньяк - 52,5%, крепленое вино - 31,7%, домашние спиртные напитки - 19,8%, другие алкогольные напитки - 8,4%. Рейтинг употребляемых студентами немедицинских специальностей спиртных напитков выглядит несколько иначе: пиво - 88,3%, водка, коньяк - 60,3%, крепленое вино - 52,8%, сухое вино, шампанское - 45,4 %, домашние спиртные напитки - 34,1%, другие алкогольные напитки - 2,7%. Приоритетному положению пива способствовали в определенной мере повсеместная реклама пива и распространенное мнение о практически полной его безвредности.

Проведенное исследование показало, что 31,9% обследованных студентов употребляли ПАВ, причем юноши это делали в 2,9 раза чаще, чем девушки.

Употребление ПАВ было более распространено среди студентов немедицинских специальностей, чем среди студентов медиков (соответственно 44,9% и 29,7%, $p < 0,01$). Среди студентов, употребляющих ПАВ, юноши встречались значительно чаще, чем девушки (соответственно 69,2% и 24,1%, $p < 0,001$).

Начало употребления ПАВ приходилось на возраст 15-16 лет (52,3%).

Изучение группы студентов, употребляющих ПАВ показало, что большинство из них (71,4%) употребляли ПАВ однократно (61,9% юношей и 77,1% девушек). 16,3% обследованных студентов (18,5% юношей и 15,1% девушек) употребляли ПАВ не чаще 1 раза в месяц. С частотой от 1 раза в месяц до 1 раза в неделю наркотики употребляли 12,3% студентов (19,6% юношей и 7,8% девушек). Эти случаи можно было квалифицировать согласно МКБ-10 как употребление

наркотических средств с вредными последствиями (Р 12.1) В этой группе были преимущественно студенты немедицинских специальностей (соответственно 26,6% и 8,7% ($p < 0,01$). Случаев формирования зависимости от наркотических средств выявлено не было.

Изучение причин, способствовавших употреблению наркотиков, показало, что в 52,7% случаев ПАВ принимали из любопытства, в 43,3% случаев для снятия эмоционального напряжения. От скуки и безделья ПАВ принимали 35,9% опрошенных, причем, у юношей этот фактор присутствовал достоверно чаще, чем у девушек ($p < 0,05$). В 13,1% случаев причиной приема ПАВ было желание не отстать от компании, в 12,6% случаев - проблемы в семье, в этих ситуациях девушки принимали ПАВ достоверно чаще ($p < 0,05$). В 1,4% случаев студенты принимали ПАВ с целью поиска фантастических видений, в 11% случаев - при разлуке с эмоционально значимым лицом, в 9,8% случаев - под влиянием старшего по возрасту.

Проведенное нами исследование показало, что к факторам риска, способствующим употреблению студентами алкоголя и ПАВ, можно отнести следующие: типы акцентуаций характера: циклоидный (55,1%) и неустойчивый (30,2%), а также высокий уровень личностной тревожности, встречающийся у 68,5% обследованных студентов.

В ходе исследования изучались микросоциальные факторы, являвшиеся факторами риска. Анализ показал, что к ним можно отнести неполные семьи, дисфункциональные, асоциальные семьи, а также неправильные типы воспитания: условия противоречивого воспитания, жестких взаимоотношений, потворствующей гипопротекции и гиперпротекции.

Анализ данных о злоупотреблении алкоголем в семьях обследуемых показал, что среди употреблявших ПАВ пьющие матери (9,4%) и отцы (26,1%) встречались достоверно чаще ($p < 0,001$), чем среди студентов, не употребляющих алкоголь и ПАВ. Таким образом, выявлено сочетание взаимовлияние микросоциальных и наследственных факторов на употребление алкоголя и ПАВ, что совпадает с мнением большинства авторов

Полученные данные о распространенности употребления ПАВ и алкоголя студентами образовательных учреждений среднего профессионального образования, изучение факторов риска, характера употребления и спектра принимаемых ПАВ и алкоголя, позволяют определить основные направления профилактической антинаркотической работы среди студентов образовательных учреждений разного профиля.

Кроме того, сведения о распространенности употребления студентами ПАВ и алкоголя представляют собой информационную базу, которая может быть использована в образовательных учреждениях среднего профессионального образования для планирования и разработки мероприятий антинаркотической направленности, разработки и модификации действующих превентивных антинаркотических и антиалкогольных программ различных уровней.

Вывод. Результаты работы могут быть внедрены в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования для получения данных о распространенности употребления студентами ПАВ и алкоголя и обоснования проводимых мероприятий, направленных на формирование устойчивых антинаркотических и антиалкогольных установок и уменьшение уровня распространенности употребления ПАВ и алкоголя в студенческой среде

Результаты исследования могут быть использованы в работе наркологических больниц, диспансеров, стационаров и кабинетов, социально психологических и медико-профилактических центров.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛ. (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА)

Нурматова И.А.

*Кафедра внутренних болезней и сестринское дело №2
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии*

Актуальность. Одной из наиболее негативных тенденций последнего времени является рост числа наркологических заболеваний у детей и подростков. Данные государственной статистики свидетельствуют о стабильно высоком уровне учтенной распространенности злоупотребления психоактивными веществами среди детско-подросткового населения.

В условиях роста злоупотребления психоактивными веществами происходит патоморфоз наркологической патологии у подростков. Отмечаются особенности аддиктивного поведения среди населения городской и сельской местности. Есть ряд характеристик наркотизма, несущих прогностический смысл, например, доля городского и сельского населения, вовлеченного в наркотизацию обычно наркотики движутся от больших городов к малым, а затем - в сельскую местность.

Анализ материалов государственной статистики не дает полного представления о распространенности потребления психоактивных веществ среди подрастающего населения, так учитывает только обращающихся за медицинской помощью. В связи с этим особую ценность приобретают обследования отдельных групп населения в структуре региона, города, села.

Таким образом, сложившаяся наркологическая ситуация среди подросткового населения выявляет целый ряд проблем, обусловленных особенностями развития заболевания, возможностями профилактики и прогноза.

Цель исследования. Изучить наркологическую ситуацию и выявить комплекс медико-социальных факторов, участвующих в формировании зависимости от психоактивных веществ у городских и сельских подростков с разработкой профилактических программ для областной наркологической службы.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами объектом исследования были определены - данные официальной статистической отчетности Ферганского областного наркологического диспансера по распространенности и заболеваемости алкоголизмом и наркоманиями среди подростков в период с 2018 по 2020 годы.

Результаты исследования. Анализ медико-социальных показателей выявил роль общих факторов риска, сопровождающих формирование наркологических расстройств как у городских, так и сельских подростков: семейный алкоголизм (48%), неполная семья (64%), незанятость трудовой и учебной деятельностью (34%).

Наркологические расстройства у подростков сопровождаются криминальными формами поведения и рецидивной преступностью 68% подростков имели судимости, преимущественно за кражу, 26,8% судимы неоднократно, в связи с незаконным оборотом наркотиков судимы 34,5% подростков, большинство неоднократно

Наряду с едиными для города и села факторами риска вовлечения подростков в употребление психоактивных веществ, необходимо отметить нарастающую в сельской местности безработицу, сосредоточенность интернатов для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, детских домов и ПТУ, а также наличие природных источников дикоросов (конопли) в исследуемом регионе.

Употребление подростками психоактивных веществ приводит к коморбидной соматической (78,1%) и неврологической (38,0%) патологии. Несмотря на ранний возраст (15-17 лет) подростки страдают заболеваниями печени (64,4%), почек (4,2%), токсической энцефалопатией (13,2%) и полинейропатией (3%), дистрофией миокарда (1,1%) в отличие от подростков без признаков зависимости, среди которых преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта (10,3%), нервной системы (8,5%), болезни печени не зарегистрированы.

В структуре смертельных исходов у подростков, учтенных наркологической службой в связи с употреблением психоактивных веществ, доминируют суициды (25,7%), острое отравление неустановленным веществом (8,6%), острое отравление наркотическим веществом (5,7%), травматический шок вследствие сочетанных травм (5,7%), соматическая патология (печеночно-почечная недостаточность, острая сердечная недостаточность, туберкулез легких) явилась причиной смерти в 11,4% случаев.

При анализе отношения детей и подростков - учащихся общих и профессиональных образовательных учреждений области - к употреблению психоактивных веществ выявлено, что табакокурение и употребление алкоголя свойственно большинству подростков (92,9 и 79,2% соответственно), опыт употребления наркотиков (в основном каннабиноидной группы) имели 30% подростков.

Употребление табака и каннабиса характеризует подростков городских районных центров. Достоверных различий в распространенности употребления алкоголя городскими и сельскими подростками не выявлено (уровень статистической значимости $p < 0,05$).

Среди сельских подростков выявлена тенденция употребления опьяняющих доз алкоголя, опыт непрерывной алкоголизации на протяжении 2-3 дней подряд имели 43,2% подростков мужского пола и 14,2% — женского.

В структуре наркологических заболеваний лиц призывного возраста в Ферганской области за последние 5 лет отмечается снижение числа потребителей наркотиков и больных наркоманией (на 21,1%) и рост (на 18%) числа потребителей алкоголя и больных алкоголизмом.

Разработана комплексная многоуровневая модель первичной профилактики употребления психоактивных веществ в образовательных учреждениях сельской местности 1-й уровень «детско-подростковый», 2-й уровень «семейный», 3-й уровень «педагогический», 4-й уровень «информационный», 5-й уровень «административный».

Реализация многоуровневой модели первичной профилактики употребления психоактивных веществ способствовала редукции дисгармоничных взаимоотношений в семье между родителями и детьми, развенчанию традиционных мифов, господствующих среди населения - до реализации программы не считали каннабиноиды («травку») наркотиком 51,7% подростков и молодых людей, после ее реализации - лишь 27,9% ($p < 0,05$), придерживались прежних взглядов в отношении мифа «наркотики легко бросить» - 14,7% подростков и 15,1% молодых людей старше 17 лет ($p < 0,05$).

Динамическое исследование результатов реализации разработанной многоуровневой модели первичной профилактики показало достоверное уменьшение (на 18,9%) числа подростков, употребляющих психоактивные вещества ($p < 0,05$), а также статистически значимое ($p < 0,05$) сокращение числа подростков (на 8,1%), употребляющих алкоголь.

Знание основных тенденций употребления алкоголя и ненаркотических психоактивных веществ, а также распространенности алкоголизма и наркомании, могут быть использованы в прогнозировании динамики наркологической ситуации среди подросткового населения в условиях Ферганского региона.

Выявленные медико-социальных факторы, участвующие в формировании аддиктивных расстройств, могут быть использованы для разработки программ по предупреждению наркотической зависимости у подростков. Исследованные особенности употребления психоактивных веществ подростками в городской и сельской местности позволят сформировать I руны риска для индивидуальной профилактической работы.

Вывод. Полученные данные о соматоневрологической патологии у подростков, учтенных наркологической службой, позволят оптимизировать оказание специализированной помощи этому контингенту больных.

Предложенная многоуровневая модель первичной профилактики употребления психоактивных веществ в образовательных учреждениях сельской местности дает возможность повысить эффективность профилактической работы и создает условия для снижения распространенности наркологических расстройств в регионе.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКАНИ ЎСМИРЛАРДА ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШНИНГ АЙРИМ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ

*Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.
АндДавТИ, Андижон*

Охирги йилларда дори – дармонлар бозорини кенгайганлиги боис уларнинг хавфлари ошиб бораётганлиги хақидаги илмий хабарларни «селсимон» ортанлиги тадқиқотчилар томонидан кўрсатилди. Тиббиётда мазкур илмий – амалий йўналишларни ташкил этиб, кузатиб ва таҳлил қилиб бориш билан шуғулланувчи бўлим – фармаконадзорат ва фармакоэпидемиология шаклланди. Бу жабҳадаги илмий фаолиятлар барча мамлакатларда ва жумладан, Ўзбекистонда ҳам устувор илмий йўналиш сифатида эътироф этилди.

Тадқиқотнинг мақсади – ўсмир ёшида бўлган аҳоли орасида фармакотерапия ва фармакопрофилактиканинг хавфини зарарсизлантириш йўллари аниқлаш ва такомиллаштириш бўйича артериал гипотония мисолида тавсиялар киритишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 1500 нафар ўсмир ёшидаги аҳолида эпидемиологик тадқиқот фармакоэпидемиологик мониторинг билан “бурилиш” бериб ва кенгайтирилиб амалга оширилди.

Артериал гипотония мисолида дори-дармонларни қабул одатлари ва жиҳатлари сўровномалар орқали ўрганилди ҳамда таҳлил қилиб чиқилди.

Натижалар ва хулосалар: дори-дармонларни, артериал гипотония аломатлари атрофида, ўсмир ёшида бўлган аҳолини қабул қилишида номувофиклар борлиги аниқланади. Олинган маълумотлар бўйича ушбу аҳолини 2,3 фоизда “бош оғриғи” бўйича асоссиз – анальгин, цитрамон, аспирин ва но-шпа каби препаратларни суистеъмоли кузатилади. 15 ёшдан 22 ёшгача бўлган ораликда суистеъмоллик даражаси 3,6 баробарга етиб ортади ($p < 0,001$).

Фармакопрепаратларни носоғлом қабул қилиш частотаси (“хавфли тус бериш билан”) артериал гипотонияга бевосита алоқадор дорилар билан 54,5 фоизга етиб аниқланади. Яна 45,0 фоизда артериал гипотонияга алоқадор бўлмаган дори воситаларни ичиш билан “фармакологик хавф” ўсмирлар томонидан туғдирилади. 15 ёшлиларда бундай хавф туғдириш ҳолати 50,0 фоизни ва 22 ёшлиларда эса – қўпайиб 58,8 фоизни ташкил этиб учрайди ($p < 0,05$).

Олинган натижалар тасдиқланди-ки, ўсмирларда ятроген (дори воситалари билан чакириладиган) артериал гипотония хавфи юқори бўлади. Текширилганларнинг 54,5 фоизда медикаментли артериал гипотония кузатиладики, бу ва бошқа юқорида зикр этилган натижалар дори-дармонларнинг зарарларини артериал гипотония мисолида олдини олиш ва зирарсизлантириш амалиётининг “умидли нуқталарини” топишда аҳамият касб этадилар.

ПОСТПРАНДИАЛ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯ: ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА МИНТАҚАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОС ЖИҲАТЛАРИ

*Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Халқаро тажрибавий амалиётдан маълумки касалликларга қарши профилактика мазмунидаги дастурларни самара бериш коэффициентлари даволашларниқига нисбатан юқори, кам чиқимлироқ ва беҳавфлироқ. Бундай тизим ўсмирлар популяциясида, хусусан, артериал гипотонияга мувофиқлаштирилиб ҳам яратила бошланган ва ижобий натижаларга ҳам эришилган.

Тадқиқотнинг мақсади – постпрандиал артериал гипотонияни Ўзбекистоннинг шароитида алоҳида хусусиятларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: ҳажмли бир вақтги эпидемиологик текширувни бир йўналиши 1500 та 14-22 ёшли аҳоли орасида постпрандиал артериал гипотонияни ўрганишга мувофиқлаштирилди. Эпидемиологик текширувлар учун халқаро миқёсда қабул қилинган сўровномали, клиник, биохимик ва инструментал усуллар қўлланилди.

Натижалар ва хулосалар: эпидемиологик текширувларни ташхисий ва профилактик салоҳиятлари постпрандиал артериал гипотонияни барвақт аниқлаш ҳамда бартарафлашда юқори эканлиги тасдиқланди ёки айнан шундай ишончли хулоса қилинди. Постпрандиал артериал гипотония 15-22 ёшда бўлган аҳолининг 9,8 фоизда қайд этилади ва жами артериал гипотониянинг 52,7 фоизини ташкил қилади. Ёшнинг таъсири ҳам унинг кўрсаткичларида яққол билинади, яъни постпрандиал артериал гипотония бизнинг таҳлилларимиз бўйича йилдан йилга ўртача 4,0 фоизга етиб ортиб боради. 15 ёш билан 17 ёш ўртасида унинг тарқалиш даражаси 4,2 фоиздан ошмаган суръат билан тасдиқланса, 18-22 ёш оралигида 28,4 фоиз тафовут билан 28,6 фоиз тарқалиш частотаси билан тасдиқланади ($p < 0,001$). Худди шундай фарқланиш постпрандиал артериал гипертонияни жами гипотониянинг бошқа шакллари солиштириб баҳоланганда ҳам 39,3 фоиз ва 63,5 фоиздан кузатилиб ўз тасдиғини топади ($p < 0,05$).

Бошқа тадқиқотчилар маълумотларини солиштириш учун йўқлиги ҳам бизга маълум бўлди. Борларида ҳам фақат расмий клиник статистик маълумотларга асосланилади ва демак, улардан катта қўламдаги профилактик йўналишларни режалаштириш ва амалга оширишда фойдаланиш имкониятлари чегараланган бўлади.

Шу нуқтаи назардан чин эпидемиологик кўрсаткичларни акс этдириб постпрандиал артериал гипотония профилактикаси ҳамда даволаш дастурларини аҳоли орасида самаралаштиришда илк бора тадқиқотимизда олинган натижалар шубҳасиз, аҳамият касб этади деб тавсия этилади.

АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ЎСМИРЛАРДА ПРОФИЛАКТИКАСИ УЧУН СТРАТЕГИК АҲАМИЯТЛИ МАЪЛУМОТЛАР

*Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Замонавий тиб илмида урф бўлган уч турли – клиник, морфологик ва эпидемиологик текширувлар орасида охиргисига устуворлик берилади. Айнан шундай тадқиқотлар амалиёт учун бевосита самара келтирувчи натижалар бериши исботланган. Улар юрак – қон томир ёки сурункали юкумли бўлмаган касалликларга қарши курашда муҳим стратегик аҳамият касб этувчи илмий маълумотларни бера оладилар.

Тадқиқотнинг мақсади – артериал гипотонияни ўсмирларда (ЎСАГ) профилактикаси учун стратегик аҳамиятли маълумотларни аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: тасодиқий танлов йўли билан шакллантирилган 1500 та ўсмирлар популяцияси, умум қабул қилинган текширув усуллари қўлланилиб ташкил қилинган ва бажарилган эпидемиологик тадқиқот.

Натижалар ва хулосалар: стандарт статистик дастурдан фойдаланиб олинган натижаларни таҳлил қилиш кўрсатдики, ўсмирлик чоғлариданок аҳолини мунтазам эпидемиологик тадқиқотларга жалб қилиб кузатиб бориш ўта муҳим стратегик аҳамиятли илмий асосларни олишга ва уларнинг устида тиббий – ижтимоий ва иқтисодий ижобий профилактик тиббий амалиётни “қуриш” учун имкониятларни очади. Жумладан, натижаларимиз тасдиқлайди-ки, ўсмирлар популяциясида скринингли илмий тадқиқотлар ЎСАГни замонга хос “конструкция”сини қуриб беришда, мос

намоёнлашувлари ва профилактикаси “ўқ томирлари” ни топиш ҳамда баҳолашда ўрин босмайдиган аҳамият касб этишади. Натижаларидан фойдаланиш функционал кардиал касалликларни ва хусусан, артериал гипотонияни “енгувчи” амалиётларни мувофиқлаштиради ва такомиллаштиради.

Таҳлиллар далолатлайдики, ЎсАГ расмий статистикага солиштирганда кўпроқ тарқалиш частотаси билан учрайди ва яна, алоҳида эпидемиологик қирраларга эгаллиги билан уни даволаш ва профилактика усулларини ўзгартиради.

Яна бир хулоса қилинди-ки, замонавий ЎсАГ “ретро ЎсАГ” дан клиник кўринишлари билан статистик ишончли фарқ билан ифодаланади. Уларни эътиборга олиш ушбу хасталикни барвақт аниқлаш, профилактика қилиш ва беҳавф даволаш стратегияларни кенг жорий қилинишга олиб келади.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЙОДОДЕФИЦИТЕ

*Нурмухамедова М.А., Тулаганова З.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Йодный дефицит и обусловленные им заболевания в связи с высокой распространенностью и негативными клиническими последствиями формируют широкий спектр медико-социальных проблем во всем мире.

Так, в Европе контроль над йодным дефицитом ведется уже 75 лет, разработана глобальная стратегия профилактики воздействия недостаточности йода на здоровье плода и новорожденного, детей и подростков, определены социальные и экономические последствия (ВОЗ, 2007). Дефицит йода усугубляется нерациональным питанием населения всех возрастных групп, прежде всего детей и подростков. Выборочное изучение качества рациона фактического питания детей выявило существенный дефицит йода (от 29 до 75% — в зависимости от региона).

При этом важно подчеркнуть, что даже рост доходов не приводит к сбалансированности питания большинства семей.

Цель. Изучение причины и влияния йододефицитного состояния у детей на нервную систему.

Материалы и методы исследования. Нами было проанализировано более 50 литературных источников и представлены сведения о физиологической роли йода, распространенности и причинах йодного дефицита среди детского населения.

Результаты собственных исследований. Детский и подростковый период, беременность, кормление грудью это критические периоды, когда потребность в микроэлементах возрастает, и организм нуждается в регулярном дополнительном приеме фармакологических препаратов йода. В таких случаях проводится индивидуальная и групповая йодная профилактика, которая осуществляется путем длительного приема йодсодержащих препаратов, восполняющих природный йодный дефицит, или витаминно-минеральных комплексов.

В раннем детском возрасте недостаточное йодное обеспечение способствует отставанию в развитии познавательной сферы, замедлению приобретения навыков. тонкой моторики, повышению частоты респираторной заболеваемости. Установлена прямая зависимость замедленных темпов линейного роста и массы тела, дисгармоничности физического развития от степени йодной обеспеченности ребенка.

В дошкольном возрасте йодный дефицит приводит не только к заболеваниям щитовидной железы со снижением ее функции, но и к повышению соматической и респираторной заболеваемости, склонности к хроническому течению заболеваний, отставанию в физическом развитии.

Исследования, посвященные изучению влияния недостаточности йода на психомоторное и интеллектуальное развитие школьников в других странах показали, что у детей с йододефицитом страдает способность к обучению (устный счет, поиск символов, чтение, обобщение и т.д.).

Выводы. Таким образом, проблема йодной обеспеченности остается актуальной во всех странах мира. Употребление в пищу продуктов, обогащенных йодом, прием препаратов калия йодида или витаминно-минеральных комплексов с йодом может рассматриваться в качестве эффективного средства профилактики йододефицитных состояний в различные периоды детского возраста.

СОВРЕМЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Ойбекова Г.С., Межлумов О.М., Вахабов Б.М., Усманов Б.Б., Таштемирова И.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучение структурно-функциональных изменений сердца при различной тактике лечения больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В зависимости от применения различной тактики лечения больные с декомпенсированной сердечной недостаточностью были разделены на 2 группы: I группа – 52 больных в возрасте от 59 до 70 лет (средний возраст $61,8 \pm 1,4$ года), которым были назначены бета – блокатор (бисопролол-5 мг в сутки)+ингибитор АПФ (эналаприл 5 мг в сутки) + диуретик (верошпирон 50 мг в сутки), II-группа – 44 больных в возрасте от 55 до 68 лет (средний возраст $60,4 \pm 1,3$ года), которым также назначали бета-блокаторы, ингибиторы АПФ в таких же терапевтических дозировках как и в I-й группе плюс дополнительно селективный блокатор альдостерона-препарат Лайленон по 50 мг 1 раз в сутки. После 3-х месяцев лечения были выполнены следующие исследования: 1) велоэргометрия с контролем показателей ЭКГ-для оценки толерантности к физической нагрузке и выявления скрытой коронарной недостаточности; 2) эхокардиография на ультразвуковом аппарате SonoScape 5000 (Китай) по стандартной методике для определения структурного и функционального состояния миокарда; 3) суточное мониторирование АД/СМАД и ЭКГ на аппарате Shiller MT-101 (Германия).

Результаты показали улучшение предикторов неблагоприятной динамики – конечный диастолический объём (КДО), конечный систолический объём (КСО), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Более выраженные изменения отмечались во II-й группе. Кроме этого на фоне лечения селективным блокатором альдостерона отмечается уменьшение исходного ЧСС на 10,5 %, у больных отмечается увеличение толерантности к физической нагрузке, более стойкий адекватный контроль АД, уменьшение нейрогуморальной активности у пациентов.

Заключение. Таким образом, применение селективных блокаторов альдостерона (Лайленон) в комплексной терапии ХСН является более предпочтительным в связи высоким фармакологическим действием и безопасностью препарата.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Ойбекова Г.С., Равзатов Ж., Вахабов Б.М., Кодирова Г.И., Мамажоновна З.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель работы. Изучить особенности состояния нейрогуморальной системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 45 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст $34,8 \pm 2,4$ года, проведены физические (измерения роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела), лабораторные (липидный спектр крови, определения суточной экскреции катехоламинов: адреналина, норадреналина по методу В.Большаковой), инструментальные (электрокардиография в покое и при функциональной нагрузке, эхокардиография, определение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД) и статистические методы исследования.

Результаты. Установлено что ведущим звеном в формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста является изменение особенностей суточного профиля артериального давления, изменений частоты сердечных сокращений в период ночного сна, изменения суточной экскреции катехоламинов адреналина (А), норадреналина (НА). Исследования показали что, наибольшие изменения суточной экскреции катехоламинов отмечается в группе исследуемых с ярко выраженными изменениями суточного профиля. Нами выявлена взаимосвязь неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и достоверно более высокая частота в ней нарушений регуляции АД.

Заключение. Таким образом, охарактеризованы особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста на начальных этапах формирования ГБ, исследована их динамика в течение года, выявлены неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и более высокая частота в ней нарушений регуляции АД. Комплексное исследование методов ранней диагностики артериальной гипертензии у молодых лиц позволит своевременно выявлять молодых людей на ранней стадии заболевания. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки вопросов прогноза развития и течения ГБ у лиц молодого возраста.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

*Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Применение стандартных режимов химиотерапии не обеспечивает достаточного повышения эффективности лечения. Опыт проведения химиотерапии показывает, что эффективность применения того или иного противотуберкулезного препарата зависит от выбора правильных показаний, реально необходимых сроков применения и оценки вероятности нежелательных эффектов. Учитывая отсутствие новых противотуберкулезных средств, в последние годы повышение эффективности химиотерапии добиваются только лишь поиском оптимальных сочетаний химиопрепаратов, или применением современных антибиотиков широкого спектра действия.

Многие предлагаемые в настоящее время схемы лечения носят эмпирический характер, и окончательная оценка эффективности может быть должна только в будущем. В современных эпидемических условиях все чаще врачи-фтизиатры используют возможность индивидуальной коррекции стандартных режимов химиотерапии с целью достижения максимальной результативности лечебных мероприятий.

В связи с этим актуальным становится планирование и проведение рандомизированных контролируемых исследований, для того, чтобы режимы химиотерапии туберкулеза были научно обоснованы, что позволяет оценить потенциальный вклад определенного препарата, подготовить обоснование необходимости его включения в специально рекомендованные стандарты, протоколы и формуляры лекарственных средств. При ограниченном выборе действенных противотуберкулезных средств роль каждого из них очень велика, поэтому особую актуальность приобретает создание методов контроля их использования.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных туберкулезом легких на основе создания персонализированного регистра пациентов и мониторинга результативности терапевтических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Проведен мониторинг эффективности комплексной химиотерапии, в том числе использования резервного препарата «Рифабутин» в суточной дозе 300 мг у 224 пациентов, получавших его в составе комбинированной химиотерапии препаратов основного и резервного рядов, в том числе и рифампицина (основная группа). Контрольную группу составили 144 пациента, получавших основной курс химиотерапии препаратами основного и резервного рядов без применения «Рифабутина».

Результаты исследования. Создание персонализированного регистра больных туберкулезом легких в условиях стационара областного уровня позволило провести мониторинг эффективности стационарного курса лечения, определить эффективность использования резервного противотуберкулезного препарата «Рифабутин», определить его место в перечне лекарственных средств, выявить причины недостаточной эффективности лечения, что в свою очередь обеспечило контролируемость химиотерапии и повышение ее эффективности.

Комплексная химиотерапия с использованием «Рифабутина» у больных с различными клиническими формами туберкулеза на 15,1% увеличивает частоту закрытия полостей распада ($p=0,004$) и на 15,3% ускоряет рассасывание инфильтративных изменений в ранние сроки лечения ($p=0,00001$); при инфильтративном специфическом процессе повышает результативность рубцевания каверн в 1,6 раза ($p=0,0005$).

При использовании «Рифабутина» в терапии больных туберкулезом легких наиболее эффективным является первый основной курс лечения, проведенный в условиях стационара: при первичном курсе суммарно прекращение бактериовыделения в разных группах пациентов составляет 77,0%, закрытие полостей распада - 49,0%, при повторном - 49,0% и 29,8% соответственно ($p=0,0001$).

«Рифабутин» целесообразно назначать в интенсивную фазу лечения в качестве препарата основного ряда в составе комплексной терапии у вновь выявленных больных при деструктивном инфильтративном туберкулезе легких.

«Рифабутин» хорошо переносится больными туберкулезом легких, число побочных реакций схем лечения с включением «Рифабутина» составляет 2,3%.

Наиболее важными причинами, отрицательно влияющими на эффективность лечения больных туберкулезом легких являются социальные факторы - злоупотребление алкоголем ($p=0,0001$) и пребывание в прошлом в местах лишения свободы ($p=0,02$).

Результаты лечения пациентов при наличии данных социальных факторов по двум основным критериям лечения - абацилированию и закрытию полостей распада - в 2 раза ниже ($p=0,02$), чем у пациентов с клиническими причинами недостаточной эффективности терапии в виде побочных реакций на препараты и наличие множественной лекарственной устойчивости возбудителя.

Вывод. Создан персонализированный регистр больных туберкулезом, получавших курс лечения в стационаре областного уровня, и на его основе проведен мониторинг химиотерапии, в том числе для оценки эффективности использования резервного препарата «Рифабутин». Определены четкие показания для назначения «Рифабутина» в составе комплексной химиотерапии больных туберкулезом легких для обеспечения контролируемости лечения. Обоснована необходимость проведения мониторинга химиотерапии и использования противотуберкулезных средств (на примере «Рифабутина») для обеспечения своевременной корректировки схем лечения, расчета потребности и объемов закупок противотуберкулезных средств, анализа деятельности стационара для принятия административных решений и повышения качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Это указывает на необходимость постоянного методического сопровождения поставок дорогостоящих лекарственных средств для контроля их клинического использования.

Определены основные причины, отрицательно влияющие на эффективность химиотерапии больных туберкулезом легких в стационарных условиях. Полученные результаты мониторинга возможно использовать при создании нормативных документов, регламентирующих стандарты лечения больных туберкулезом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ МИКРОСКОПИИ МОКРОТЫ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ

*Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Султонов Г.И., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К., Худайбердиева М.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В современной эпидемиологической ситуации лечение больных с впервые выявленным туберкулезом легких продолжает привлекать особое внимание.

Существующие между больными этой группы различия по социальным, психологическим и медицинским параметрам определяют необходимость дифференцированного подхода при организации их лечения.

Для впервые выявленных больных туберкулезом легких с отрицательными результатами микроскопии мокроты перспективным и экономически оправданным является проведение курса химиотерапии в амбулаторных условиях. Возможность использования этой организационной формы, имеющей ряд неоспоримых преимуществ, обусловлена тем, что данный контингент больных практически не представляет эпидемиологической опасности для окружающих. Туберкулез у этих пациентов, в основном, выявляется при профилактическом обследовании и специфические изменения, как правило, носят ограниченный характер без распада легочной ткани и бактериовыделения.

Для установления диагноза туберкулеза легких помимо бактериологических, бронхологических и клинических методов в этих случаях используются иммунологические, молекулярно-генетические, цитологические и другие косвенные методы.

Наиболее информативным для диагностики впервые выявленных больных туберкулезом легких с отрицательными результатами микроскопии мокроты является комплексное рентгенологическое обследование с ретроспективным анализом флюорографического архива. В ведомственной лечебной сети регулярные профилактические флюорографические исследования остаются обязательными для прикрепленного контингента.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения в амбулаторных условиях впервые выявленных больных туберкулезом легких с отрицательными результатами микроскопии мокроты, проживающих в регионе с высоким уровнем лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования было 225 пациентов.

Результаты исследования. Туберкулез легких с отрицательными результатами микроскопии мокроты выявляется более чем в 2/3 случаях (77,4%) при профилактических флюорографических осмотрах преимущественно у

мужчин (54,8%>), занятых трудом (52,8%) в трудоспособном возрасте (37,5±12,5 лет) и характеризуется ограниченностью поражения в пределах 1-2 сегментов (83,9%) и низкой частотой деструктивных изменений (16,6%);

При туберкулезе легких с отрицательными результатами микроскопии мокроты отмечается низкая частота обнаружения *M. tuberculosis* культуральными методами исследования (30,2%), при этом уровень первичной лекарственной устойчивости составил 51,7%, в том числе МЛУ - 18,3%;

Включение молекулярно-генетических методов исследования в обязательный диагностический минимум обследования больных туберкулезом легких при отрицательных результатах мазка мокроты на КУМ повышает частоту детекции *M. tuberculosis* в диагностическом материале на 26,7% в сравнении с традиционным культуральным методом исследования (ПЦР - 56,9%, посев - 30,2%, $p<0,05$);

Использование молекулярно-генетических методов позволяет в ранние сроки выявить лекарственную устойчивость (44,2%) и определить её спектр к препаратам основного ряда (МЛУ - 18,9%), что является основанием для своевременного назначения адекватной схемы лечения;

Сопоставление результатов определения лекарственной чувствительности *M. tuberculosis* показало высокий процент совпадений, полученных при использовании молекулярно-генетических и культуральных исследований (90,0% - для чувствительных и 88,0% - для резистентных);

Раннее назначение препаратов резервного ряда больным с впервые выявленным ЛУ/МЛУ туберкулезом легких оказывает непосредственное влияние на результативность лечения и в сравнении с группой больных с лекарственно-чувствительными формами позволяет получить аналогичные результаты (прекращение бактериовыделения - 100,0%, закрытие полости распада - 100,0%), что способствует экономии прямых затрат на химиотерапию за счет сокращения повторных курсов лечения;

Уровень противотуберкулезных антител коррелирует с характером течения процесса на фоне лечения. При сопоставлении иммунологических показателей с рентгенологическими данными установлена прямая взаимосвязь - уменьшение титра специфических антител на фоне лечения при положительной рентгенологической динамике и отсутствие их выработки по окончании курсового лечения при стабилизации туберкулезного процесса.

Вывод. Региональные особенности, характеризующиеся высоким уровнем распространения множественной лекарственной устойчивости *M. tuberculosis*, оказывают серьезное влияние на эпидемическую ситуацию в территории. Детекция возбудителя с определением спектра лекарственной устойчивости с последующим назначением адекватной схемы лечения является необходимым условием для предупреждения распространения опасных в эпидемическом отношении форм туберкулеза.

Разработана схема лабораторной диагностики, включающая в себя трехкратное проведение люминесцентной микроскопии, культурального и молекулярно-генетического методов исследования из одной порции биологического материала. Применение такой схемы максимально повышает возможность обнаружения возбудителя и определения его чувствительности к ПТП, что особенно актуально при ограниченных формах туберкулеза легких.

Исследование показало возможность проведения в амбулаторных условиях эффективного курса химиотерапии при условии своевременного назначения схемы лечения на основании результатов биочипов у больных туберкулезом легких с отрицательными результатами микроскопии мокроты, проживающих в регионе с высоким уровнем лекарственной устойчивости возбудителя.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М., Таштемирова И.М., Мамажонов З.К., Равзатов Ж.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Артериальная гипертензия – одна из наиболее распространенных форм патологии. Известно, что частота гипертензии в общей популяции составляет около 15%, а если включить в это число лиц с пограничной артериальной гипертензией, то доля населения планеты с повышенным артериальным давлением возрастает до 25%, а среди людей в возрасте старше 65 лет – 50% и более. Столь широкая распространенность артериальной гипертензии обуславливает тот факт, что данная группа заболеваний является одной из ведущих причин трудопотери, инвалидизации и смертности населения.

Цель работы. Изучить особенности состояния нейрогуморальной системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 45 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст 34,8±2,4 года, проведены физикальные (измерения роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела), лабораторные (липидный спектр крови, определения суточной экскреции катехоламинов: адреналина, норадреналина по методу В.Большаковой), инструментальные (электрокардиография в покое и при функциональной нагрузке, эхокардиография, определение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД) и статистические методы исследования.

Результаты. Установлено что ведущим звеном в формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста является изменение особенностей суточного профиля артериального давления, изменений частоты сердечных сокращений в период ночного сна, изменения суточной экскреции катехоламинов адреналина (А), норадреналина (НА). Исследования показали что, наибольшее изменение суточной экскреции катехоламинов отмечается в группе исследуемых с ярко выраженными изменениями суточного профиля. Нами выявлена взаимосвязь неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и достоверно более высокая частота в ней нарушений регуляции АД.

Заключение. Таким образом, охарактеризованы особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста на начальных этапах формирования ГБ, исследована их динамика в течение года, выявлены неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и более высокая частота в ней нарушений регуляции

АД. Комплексное исследование методов ранней диагностики артериальной гипертензии у молодых лиц позволит своевременно выявлять молодых людей на ранней стадии заболевания. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки вопросов прогноза развития и течения ГБ у лиц молодого возраста.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ПАРХЕЗ ОВҚАТЛАНИШНИ БАҲОЛАШ

Отажонов И.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Камоқсилли пархезнинг асосий мақсади организмдаги метаболик жараёнларни тўғирлаш ва диализдан олдинги даврни узайтиришдан иборатдир. Диализдан олдинги давр беморнинг ҳаёти учун жуда муҳимдир, иқтисодий нуқтаи назардан диализ терапиясининг нархи ошиб бориши ва диализдан кейин беморнинг ўлим хавфи юқори бўлганлиги сабабли камоқсилли пархезни муддатини узайтириш тавсия этилади. Камоқсилли пархез фойдаланган ҳолда диализнинг бошланишини ўртача бир йилдан кўпроқ вақтга кечиктириш мумкин. Камоқсилли пархез тайинланганда уремик синдром аломатларининг пасайиши, гиперпаратироидизм оғирлиги пасайиши, инсулинга сезиргирликнинг ортиши, метаболик ацидоз частотасининг пасайиши, протеинурия пасайиши, артериал гипертензия назоратининг яхшиланиши, шунингдек беморнинг субъектив фаровонлиги ҳақида кўплаб далиллар мавжуд. Камоқсилли пархез тайинлашда қуйидаги қондаларга қатъий амал қилиш лозим:

1. овқат рационидидаги оксилнинг чекланиши сурункали буйрак касаллиги даражасига мос бўлиши керак – коптокчалар фильтрация тезлиги нисбатан пастроқ бўлганда кунлик миқдори 0,8-0,7 г/кг, нисбатан оғирроқ вазиятларда 0,6 г/кг дан 0,3 г/кг. гача;
2. рациондаги оксилнинг камида 60 %и юқори биологик аҳамиятга эга етарли аминокислотларга бой ва яхши ҳазм бўладиган бўлиши керак;
3. кунлик кувват юқори – камида 35 ккал/кг/кунлик бўлиши лозим.

Тадқиқот мақсади – сурункали буйрак касаллигига чалинган беморлар учун тавсия этилган пархез овқатланишга баҳо бериш.

Тадқиқот натижалари. Олинган маълумотлар асосида сурункали буйрак касаллигига чалинган беморлар учун етти кунлик меню ишлаб чиқилди. Беморлар учун овқатланиш тартиби 6 марталик қилиб белгиланди. Менюга асосан ўсимлик маҳсулотлари киритилган бўлиб, унда ҳайвон маҳсулотлари (асосан гўшт маҳсулотлари кунлик миқдори 30 г. дан кўп эмас) чегараланди. Сут ва сут маҳсулотлари (сут, қаймоқ, творог) ҳафтасида фақат 3 марта тавсия этилди. Ҳайвон ёғининг кунлик миқдори ўртача – 30-40 г.ни, ўсимлик ёғи – 25-35 г.ни ташкил қилди. Ҳайвон оксилдаги мавжуд бўлган алмагириб бўлмайдиган аминокислоталарни ўрнини қоплаш учун 5% соя уни билан бойитилган нондан (100 г маҳсулот таркибиде оксил – 8,1 г, ёғ – 1,1 г, углевод – 44,4 г, кувватмандлиги – 220 ккал) кунига 150 г. овқат рационига киритилди.

Овқат рационини умумий кувватмандлиги 2003,3 ккал.дан 2206,3 ккал.гачани ташкил қилди. Асосий озуқа моддаларидан оксил миқдори 42,7-48,2 г, ёғ 71,7-104,5 г, углевод эса 241,6-344,2 г атрофида бўлади. Ҳайвон оксили умумий оксилнинг 64,5 дан 85,1 % гача қисмини ташкил қилди. Хулоса қилиб, камоқсилли пархезни ижобий баҳолаб сурункали буйрак касаллигига чалинган беморлар учун тавсия қилиш мумкин.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА

Охунжорова Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Быстропрогрессирующий периодонтит представляет социально значимую проблему, так как характеризуется активным разрушением опорных тканей зубов у практически здоровых молодых людей и при отсутствии своевременной диагностики и лечения может привести к ранней утере зубов. Несомненно, залогом успешного лечения быстропрогрессирующего периодонтита является ранняя диагностика. Для постановки диагноза, эффективного лечения, прогнозирования течения и исхода заболевания важно определение морфологических признаков различных форм периодонтита.

Цель исследования. Определение морфологических изменений десны при быстропрогрессирующем и хроническом периодонтите у взрослых. **Материалы и методы.** Для определения морфологических изменений при различных формах периодонтальной патологии было проведено гистологическое исследование 30 биоптатов десны.

Результаты исследований. Гистологическое исследование биоптатов десны показало, что в мягких тканях периодонта независимо от клинического диагноза во всех случаях наблюдения определялись признаки хронического продуктивного воспаления различной степени выраженности. Характерной особенностью морфологических изменений эпителия десны при всех формах рассматриваемой периодонтальной патологии являлись признаки акантоза (утолщение эпителия с удлинением межсосочковых отростков) той или иной степени выраженности. Во всех случаях наблюдений субэпителиально определялась воспалительная инфильтрация мононуклеарными клеточными элементами различной степени выраженности: от отдельных мононуклеаров и их очаговых скоплений до диффузной инфильтрации клетками воспаления по всему полю зрения. Еще одним характерным патоморфологическим признаком исследуемой патологии периодонта является фиброз сетчатого слоя собственной пластинки десны, который в большей или меньшей степени определялся во всех случаях наблюдений.

Выводы. Таким образом, морфологические изменения в мягких тканях периодонта у пациентов с различными клиническими формами патологии (быстропрогрессирующий и хронический периодонтит) носят сходный характер и заключаются в наличии в тканях десны хронического продуктивного воспаления различной степени выраженности.

НОВЫЙ ВЗЛЯД НА ВЫБОР АНТИСЕПТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА В ОБЩЕПРИНЯТОЙ СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Охунжонова Х. Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острый герпетический стоматит занимает более 80% от всех заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей. Несмотря на то, что многие вопросы, связанные с лечением герпетической инфекции, успешно изучаются и достижения реализуются в практике, вопросы применения антисептических средств на этапе лечения острого герпетического стоматита освещены недостаточно.

Цель исследования. Снижение осложнений и риска рецидивов при лечении острого герпетического стоматита у детей путем оптимального назначения антисептических средств.

На данном этапе работы нами установлено, что частота осложнений зависит от применяемого лечения. Группой контроля представлены антисептические средства, применяемые по стандарту в стоматологической поликлинике. Это перекись водорода и раствор фурацилина. Частота осложнений в полости рта при этом составила 75,0%. Одной из исследуемых групп была группа, в которой применялась комбинация раствора хлоргексидина биглюконата и мирамистина. В данной группе этот показатель равен 46,9%. При сравнении результатов лечения острого герпетического стоматита изучаемыми комбинациями антисептических средств с результатами, полученными при стандартном лечении, нами было обнаружено статистически значимое снижение частоты осложнений в ротовой полости во всех исследуемых нами группах. Не менее важным показателем, характеризующим качество лечения пациентов с острым герпетическим стоматитом, является наличие осложнений на коже. В результате проведенной работы нельзя не отметить тенденцию к снижению частоты осложнений на коже при использовании исследуемых антисептических средств по сравнению с результатами стандартного лечения. Так, например, в группе комбинаций раствора хлоргексидина биглюконата и мирамистина количество осложнений составило 15,6, в группе контроля – 34,4 соответственно. Также нами было проведено сравнение полных сроков лечения до момента устранения всех клинических симптомов заболевания. Полученные значения свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между группами.

Выводы. Результаты предстоящего исследования позволят разработать практические рекомендации для проведения комплексного лечения острого герпетического стоматита.

ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить перекисное окисление липидов (ПОЛ) путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и состояние ферментативного звена антиоксидантной системы по активности каталазы крови у больных атопическим дерматитом (АД).

Материалы и методы: У 16 больных (9 - мужчин, 7 - женщин) АД в возрасте от 16 до 42 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением плазмафареза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО). Содержания МДА определяли по Ю.А. Владимирову и А.И. Арчакову, определяем концентрацию на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer H. V. Контролем служили результаты исследования 8 здоровых лиц.

Результаты: До лечения у больных АД отмечалось повышение содержания МДА ($4,4 \pm 0,04$ ммоль/мл) по сравнению с группой контроля ($3,2 \pm 0,006$ ммоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до $4,07 \pm 0,04$ ммоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы было значительно снижено ($191,46 \pm 1,17$ ед. экстинкции) по сравнению с контролем ($313,04 \pm 0,5$ г ед. экстинкции). После 5-й процедуры ПА и ГБО у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы ($236,33 \pm 1,20$ ед. экстинкции), по после 10-й процедуры ПА и ГБО т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным ($189,34 \pm 2,52$ ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных атопическим дерматитом (АД), получивших комплексное лечение с включением плазмафареза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 15 больных АД (9-мужчин, 6-женщин) в возрасте от 16 до 42 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по балльной системе, разработанной В.С. Волковым в соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции (КИ_{общ.}), оценивались периваскулярные (КИ₁), сосудистые (КИ₂) и внутрисосудистые (КИ₃) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 8 здоровых лиц.

Результаты: У больных АД чаще всего встречались внутрисосудистые изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая

извилистость венул. До лечения у больных КИ₁ равнялась $0,22 \pm 0,01$ балл; КИ₂ - $4,54 \pm 0,01$ балл; КИ₃ - $4,11 \pm 0,01$ балл; КИ_{общ} - $8,21 \pm 0,04$ балл. После лечения соответственно - $0,17 \pm 0,04$ балл; $3,22 \pm 0,03$ балл; $2,30 \pm 0,02$ балл; $5,20 \pm 0,02$ балл.

Вывод: Под воздействием комплексной терапии у больных АД, без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венозные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отёк) претерпевали положительные изменения.

ОСТОЯНИЕ ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

*Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить состояние кислородного баланса в организме больных атопическим дерматитом (АД) в процессе комплексного лечения плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 20 больных (12 мужчин, 8 женщин) АД в возрасте от 14 до 48 лет была изучена динамика парциального давления кислорода ($P_{ткO_2}$) в очагах поражения кожи. Измерения напряжения кислорода производили методом транскутанного измерения $P_{ткO_2}$ оксимитром TCM/2/20 фирмы «Radiometer» (Дания). Контролем служили $P_{ткO_2}$ на коже у 10 здоровых лиц.

Результаты: До сеанса ГБО $P_{ткO_2}$ на пораженных участках кожи больных АД было достоверно ниже ($55,16 \pm 0,74$ мм/рт.ст.), чем у лиц контрольной группы $70,56 \pm 0,62$ мм/рт.ст.; ($P < 0,05$). Во время сеанса ГБО происходило повышение $P_{ткO_2}$ более чем в 10 раз, достигнув максимума на 40-45 минутах, то есть к концу сеанса ГБО ($591,83 \pm 2,23$ мм/рт.ст.). После сеанса ГБО $P_{ткO_2}$ возвращалась к исходным данным, но все же было выше ($60,85 \pm 0,29$ мм/рт.ст.), чем до начала сеанса. К концу курса лечения $P_{ткO_2}$ равнялась $71,23 \pm 0,36$ мм/рт.ст. Перед последним сеансом ГБО $P_{ткO_2}$ равнялась $64,23 \pm 0,35$ мм/рт.ст., что являлось косвенным свидетельством улучшения микроциркуляции в этих участках кожного покрова.

Выводы: Таким образом, транскутанное измерение $P_{ткO_2}$ в коже является эффективным методом контроля не только за состоянием оксигенации тканей, но и микроциркуляторные изменения в них под воздействием ГБО.

ДИНАМИКА ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

*Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А., Насритдинова Н.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Оценка термографических данных у больных атопическим дерматитом (АД) на фоне комплексного лечения с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 16 больных АД были изучены термографические данные, основанные на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра, проведенное с помощью аппарата «AGA-661» (Швеция). Результаты оценивали, сравнивая температуру в очагах поражения и рядом расположенных не пораженных участках кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путём фотографирования на чёрно-белую негативную плёнку светочувствительностью 65 ЕД.

Результаты: У больных АД до лечения в пределах одного очага поражения определялась пятнистая картина в виде чередования зон с повышенным и пониженным свечением. Температурный градиент между ними составлял от 0,5 до 2,0 градусов Цельсия. После курса комплексной терапии у больных с клинической ремиссией на термограммах определялось выравнивание температуры в очаге поражения и рядом расположенными участками кожного покрова или температурный градиент достигал 0,5 градусов Цельсия с уменьшением выраженности пятнистости на термограмме.

Вывод: У больных АД, по данным термографии, определялись температурные изменения в очагах поражения, которые нивелировались после курса комплексной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ И НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА

*Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Насритдинова Н.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности, выработка более четких показаний, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Мазь «Чистотел» - это один из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования: Изучить эффективность метода лазерной терапии и мази «Чистотел» у больных артропатической формой псориаза.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 20 больных артропатической формой псориаза. Возраст больных от 17 до 56 лет, из них мужчин было 13, женщин - 7. У всех больных кожный процесс носил распространенный

характер. Все больные получали лазерную терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс 12-14 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало гепатотропные препараты (овесол), витаминотерапию, антигистаминное и наружное лечение (мазь «Чистотел»). Мазь «Чистотел» применяли наружно утром и вечером, смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом, эффективность применения лазерной терапии и мази «Чистотел» у больных артропатической формой псориаза к концу курса лечения: у 7 больных элементы поражения регрессировали полностью, у 9 больных остались уплотненные элементы в небольшом количестве, у 4 больных отмечалось незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о клинической эффективности применения лазерной терапии и мази «Чистотел» у больных артропатической формой псориаза при комплексной терапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ ГОНОРЕИ

*Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Алиев Л.М., Мухаммаджонова Л.А., Насритдинова Н.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Заболеваемость гонореей остается высокой во всем мире, в том числе, и в нашей республике. Надежное, быстрое и полноценное клиничко-бактериологическое излечение гонореи, особенно среди лиц группы риска, является важной задачей венерологии, так как это приведет к санации эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, бессимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится «Вильпрафен» (джозамицин) – антибиотик, обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность препарата «Вильпрафен» у больных свежей острой формой гонореи.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 20 больных свежей острой формой гонореи. Возраст больных варьировал от 20 до 40 лет, мужчин было 15, женщин - 5. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках гонококков Нейссера. Препарат «Вильпрафен» (джозамицин) – антибиотик, обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Больным со свежей острой гонореей препарат назначался по следующей схеме:

1. В таблетках – по 500 мг 2 раза в день после еды, в течение 3-х дней, на курс лечения 3,0 препарата «Вильпрафен».

Вывод. Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат «Вильпрафен», способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у больных со свежей формой гонореи, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно прийти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован у больных со свежей острой формой гонореи как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

МАЗЬ «ЭПЛАН» И ПРЕПАРАТ ОВЕСОЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА

*Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А., Абдурахмонов А.А., Тошпулатов Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Артропатическая форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Артропатическая форма псориаза - это не строго кожная патология, она способна поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учётом формы распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают препарат (Овесол), который оказывает гепатопротекторное действие, а также терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корректирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, овесол - комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность мази «Эплан» и препарата «Овесол» у больных артропатической формой псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 23 больных (12 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 20 до 39 лет. У всех больных была диагностирована артропатическая форма псориаза. Из них у 16 пациентов были диагностированы сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Поспелова была положительна у всех больных. Из 23 больных у 17 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Овесол больные принимали внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день,

в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали мазью «Эплан». Овесол – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитическое, гипополипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением мази «Эплан» и препарата «Овесол» у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и уменьшение боли в суставах. Регресс воспалительных явлений отмечался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 4 - 5 дня. У всех больных после применения мази «Эплан» и препарата «Овесол» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Мазь Эплан и препарат «Овесол» оказались эффективными препаратами в лечении артропатической формы псориаза и удобны в применении, без побочных явлений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ «ЧИСТОТЕЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЫКНОВЕННЫХ БОРОДАВОК

*Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А., Насритдинова Н.Б., Тошпулатов Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Оценить эффективность и безопасность геля «Чистотел» у больных с обыкновенными бородавками.

Материалы и методы: 25 больных с диагнозом «обыкновенные бородавки» (13 женщин и 12 мужчин, средний возраст 28,5 лет) получали гель «Чистотел» наружно 2 раза в день в течение 3 дней, потом 4-х дневный перерыв; далее повторный 3-х дневный курс лечения. Перед проведением лечения больные были осмотрены дерматологом и онкологом, проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 10 дней. Оценивались переносимость препарата и результаты после проведенного лечения.

Результаты: У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись местными реакциями в виде покраснения, незначительно выраженной боли. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19 пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У одного (4%) отсутствовала положительная динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных — 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезли бородавки.

У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений также был получен положительный результат. При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента — улучшение.

Выводы. Гель «Чистотел» является эффективным препаратом для лечения больных обыкновенными бородавками, о чем свидетельствует динамика процесса. В подавляющем большинстве (92%) гель «Чистотел» хорошо переносится больными.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Алиев Л.М., Абдурахманов А.А., Насритдинова Н.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Терапия больных атопическим дерматитом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза атопического дерматита и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных атопическим дерматитом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных атопическим дерматитом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Бронхомунал».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия) - это одни из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. Мы предлагаем включить в комплексную терапию атопического дерматита крем – бальзам «Облепиха и мумиё», оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие.

Цель исследования: Изучить эффективность комплексного метода лечения с применением препарата Бронхомунал и крем-бальзама «Облепиховое масло и мумиё» у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 30 больных атопическим дерматитом. Возраст больных от 18 до 40 лет, из них мужчин было 22, женщин - 8. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали препарат Бронхомунал по 1 табл. (7 мг) 1 раза в день и наружно смазывали крем-бальзамом «Облепиха и мумиё», на курс 2 недели. Кроме этого, комплексное лечение включало витаминотерапию, антигистаминные средства в общепринятых дозах. Препарат «Бронхомунал» назначали по 1 капсуле 1 раза в день. Крем «Облепиха и мумиё» применялся наружно утром и вечером, смазывали очаги поражения тонким слоем.

Вывод. Предварительное применение этих препаратов у 15 больных атопическим дерматитом дало положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 12-14 дней от начала лечения, сначала заметно

уменьшилось шелушение, затем папулы начали уплощаться, незначительный зуд кожи. К концу 3-недели от начала лечения папулы заметно уплощались, у большинства больных элементы поражения рассасывались, зуда не было.

ИЗМЕНЕНИЕ ЛУТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

*Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучение динамики концентрации лутеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных нейродермитом в процессе низкоинтенсивной лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 40 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после комплексного лечения с включением лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию ЛГ в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лутеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем ($16,1 \pm 4,8$ мМЕ/мл и $12,8 \pm 2,9$ мМЕ/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: У всех 40 больных в период обострения заболевания концентрация ЛГ гипофиза в плазме крови была достоверно снижена как в фолликулиновой, так и в лутеиновой фазе менструального цикла (соответственно $5,93 \pm 0,42$ мМЕ/мл и $5,79 \pm 0,52$ мМЕ/мл, при контроле $16,1 \pm 4,8$ мМЕ/мл и $12,8 \pm 2,9$ мМЕ/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация ЛГ в плазме крови повышался, достигая нижнюю границу нормы (соответственно $9,77 \pm 0,78$ мМЕ/мл и $8,33 \pm 0,68$ мМЕ/мл).

Вывод: У женщин, больных нейродермитом, в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающаяся в снижении концентрации ЛГ в плазме крови в обеих фазах менструального цикла, которая после комплексного лечения с включением низкоинтенсивной лазерной терапии повышалась.

КОЛИЧЕСТВО КОНЦЕНТРАЦИИ Фолликулостимулирующего Гормона ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

*Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Кучкаров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить изменение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных нейродермитом под воздействием низкоинтенсивной лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 40 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили концентрацию фолликулостимулирующего гормона гипофиза в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лутеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем ($7,5 \pm 1,5$ мМЕ/мл и $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении нейродермита у всех 40 больных не отличалась от нормы - $18,25 \pm 1,39$ мМЕ/мл, при контроле $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл. После комплексного лечения с включением лазерной терапии наблюдалось увеличение концентрации ФСГ по отношению к периоду обострения, однако его количество не выходило за верхние границы нормальных значений - $22,01 \pm 1,42$ мМЕ/мл при контроле $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл. В лутеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения нейродермита достоверно превышал норму, а после лечения ещё более возрастал, соответственно $11,6 \pm 0,84$ мМЕ/мл и $13,36 \pm 0,75$ мМЕ/мл, при контроле $7,5 \pm 1,5$ мМЕ/мл.

Вывод: У женщин, больных нейродермитом, в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающаяся в повышении концентрации ФСГ в плазме крови в лутеиновой фазе менструального цикла, которая не корригирует после лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ

*Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Насритдинова Н.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить действие лазерной терапии на уровень пролактина (ЛПГ) в плазме крови женщин, больных нейродермитом в периоды обострения и ремиссии заболевания.

Материалы и методы исследования: У 40 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию пролактина (ЛПГ) в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лутеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем ($12,6 \pm 2,6$ нг/мл и $12,5 \pm 3,1$ нг/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания ЛПГ в плазме крови у больных нейродермитом в период обострения заболевания в обеих фазах менструального цикла были незначительно снижены как в фолликулиновой фазе ($9,5 \pm 0,8$ нг/мл), так и в лутеиновой фазе ($10,8 \pm 1,1$ нг/мл), при контроле соответственно $12,6 \pm 2,6$ нг/мл и $12,5 \pm 3,1$ нг/мл. После комплексного лечения с включением лазерной терапии в обеих фазах

менструального цикла отмечалось достоверное повышение концентрации ЛТГ по отношению к данным в период обострения (соответственно $16,5 \pm 3,3$ нг/мл и $16,2 \pm 3,5$ нг/мл, при контроле $12,6 \pm 2,6$ нг/мл и $12,5 \pm 3,1$ нг/мл).

Выводы: У женщин, больных нейродермитом, имеется дисфункция гипоталамической системы, выражающаяся в незначительном снижении ЛТГ в плазме крови, в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания. А комплексное лечение с включением лазерной терапии способствует повышению концентрации ЛТГ в плазме крови.

СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

*Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить динамику содержания эстрадиола в плазме крови женщин, больных нейродермитом в периоды обострения заболевания и после комплексного лечения.

Материалы и методы исследования: У 40 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет, в плазме крови определили содержание эстрадиола в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем ($0,32 \pm 0,02$ нмоль/л и $0,62 \pm 0,02$ нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания эстрадиола в плазме крови у всех 40 больных нейродермитом были значительно снижены в обеих фазах менструального цикла. Наибольшая степень его снижения отмечалась при обострении заболевания (в фолликулиновой фазе - $0,12 \pm 0,01$ нмоль/л, а в лютеиновой фазе - $0,28 \pm 0,04$ нмоль/л, при контроле соответственно $0,32 \pm 0,02$ нмоль/л и $0,62 \pm 0,02$ нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии у всех больных в фолликулиновой фазе менструального цикла отмечалось недостоверное повышение концентрации эстрадиола по сравнению с данными в период обострения ($0,17 \pm 0,01$ нмоль/л). В лютеиновой фазе уровень эстрадиола достоверно повышался ($0,36$ нмоль/л), однако ни в одном случае он не достиг нормальных значений.

Выводы: У женщин, больных нейродермитом, имеется дисфункция овариальной системы, выражающаяся в понижении концентрации эстрадиола в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии отмечается повышение содержания эстрадиола в плазме крови, но не достигает нормальных значений.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

*Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Наритдинова Н.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Изучить содержание прогестерона в плазме крови женщин, больных нейродермитом до и после лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 40 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет, в плазме крови определили содержание прогестерона в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью набора реактивов «Стерон-И-3Н» (Россия). Контролем ($18,4 \pm 2,7$ нмоль/л и $71,6 \pm 7,9$ нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: В период обострения нейродермита у всех 40 больных в обеих фазах менструального цикла содержание прогестерона было значительно снижено, при этом наибольшая степень снижения отмечалась в лютеиновой фазе (в фолликулиновой фазе - $12,6 \pm 0,88$ нмоль/л, а в лютеиновой фазе $21,8 \pm 1,5$ нмоль/л, при контроле соответственно $18,4 \pm 2,7$ нмоль/л и $71,6 \pm 7,9$ нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация прогестерона достоверно повышалась. При этом в фолликулиновой фазе она достигала нормальных значений ($16,8 \pm 1,21$ нмоль/л), а в лютеиновой у всех больных сохранялась значительная гипопрогестеронемия ($37,5 \pm 2,3$ нмоль/л).

Выводы: У женщин, больных нейродермитом, имеется дисфункция овариальной системы, выражающаяся в значительном снижении концентрации прогестерона в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии она достоверно повышается в обеих фазах менструального цикла, но в лютеиновой фазе не достигает нормальных величин.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, В ЦЕЛЯХ РАЗРАБОТКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

*Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

До настоящего времени, несмотря на усилия ученых и практиков сердечно-сосудистые заболевания, остаются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем.

Для проведения адекватной профилактики этих заболеваний большое значение имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска, поражения

органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, и прежде всего, от величины артериального давления, являющейся определяющей величиной в силу своей высокой прогностической значимости. Недостаток данных, касающихся эпидемиологических аспектов артериальной гипертензии и её факторов риска препятствуют проведению адекватной профилактики и антигипертензивного лечения.

При обследовании больных (38 человек) от 35 до 55 лет с различными факторами риска (повышенное артериальное давление, курение, избыточная масса тела), повышенное артериальное давление составило 30% от всех пациентов имеющих один фактор риска, причем среди женщин чаще, чем среди мужчин. Осведомлённость о наличии повышенного артериального давления – у 70%, лечатся – 52% (эффективно – 25%). На первое место по числу назначений вышли ингибиторы АПФ. Пациентов, имеющих повышенное артериальное давление, как единственный фактор риска было 27%. Гораздо чаще повышенное артериальное давление являлось составляющим факторов множественного риска у 60% пациентов, в то время, как избыточная масса тела и курение, как факторы, составляющие множественный риск, встречались у 40%.

Так как проблема предупреждения развития неблагоприятных условий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии остаётся одной из важных задач современной кардиологии, результаты исследований по мониторингованию факторов риска безусловно заслуживают внимания в целях выявления артериального давления, контроля за эффективностью проводимой профилактики, а следовательно и адекватного лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Примкулова Г.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) - одно из хронических воспалительных заболеваний суставов, приводящих к раннему нарушению функциональной способности пациентов, временной, а затем и стойкой потере трудоспособности. Деструкция суставов как исход медленно или быстро прогрессирующего симметричного эрозивного артрита, вовлечение в процесс других органов и систем, нежелательные побочные эффекты проводимой терапии, редкое развитие длительных ремиссий, приводят к значительным не только функциональным, но и социальным ограничениям, влияя на психологическое состояние пациентов, значительно ухудшая их качество жизни (КЖ).

КЖ, являясь интегральной характеристикой различных сфер функционирования человека, основано на субъективном восприятии и в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем. Она является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих проводить анализ составляющих жизнедеятельности человека в соответствии с критериями Всемирной Организации Здравоохранения.

В настоящее время исследования КЖ в отечественном здравоохранении имеют особое значение, связанное с реализацией Национального проекта "Здоровье", поскольку повышение КЖ граждан России является ключевым вопросом государственной политики. Среди наиболее важных инициатив здравоохранения следует выделить разработку соглашения, касающегося изучения КЖ больных и оценки результатов терапии, конечной целью которого является достижение полноценного КЖ пациентов наряду с сохранением ими трудоспособности.

Цель исследования. Повысить объективность оценки эффективности проводимой терапии на основании комплексного динамического изучения качества жизни больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 40 пациентов с РА (34 женщин и 6 мужчин). Средний возраст больных составил $51,2 \pm 11,7$ года (от 18 до 75 лет).

Результаты исследования. Качество жизни и психологические особенности личности больных ревматоидным артритом в зависимости от социально-демографических факторов

Ревматоидный артрит, являясь причиной ограничения двигательной активности пациентов, вызывает значительное ухудшение различных сторон их жизнедеятельности и качества жизни, что подтверждается выявленными нами изменениями при сравнении показателей КЖ больных РА с данными лиц группы популяционного контроля соответствующего возраста и полового распределения. Показатели всех 8 шкал общего опросника SF-36 больных РА были значительно ($p=0,001$) ниже по сравнению с данными лиц контрольной группы.

В обследованной группе высокая активность процесса отмечалась у 61,2% пациентов, умеренная - у 31,4%, и лишь у 7,4% больных наблюдалась низкая активность заболевания. Серопозитивный вариант РА определялся у 67,9%; серонегативность по РФ выявлялась у 32,1%. У большинства наших больных функциональный класс по классификации ACR был определен как второй (46,2%) или третий (33,3%); первый и четвертый ФК регистрировался у 9,9 % и 10,6 % пациентов соответственно. Рентгенологическая стадия устанавливалась согласно медицинской документации: I стадия - у 18,5% пациентов, II - у 27,9%, III - у 26,9% и IV - у 26,7% больных РА.

Внесуставные проявления отсутствовали только у 45,9%; у остальных пациентов регистрировались системные проявления (в 54,1% случаев). Наиболее часто встречались ревматоидные узелки в анамнезе или в настоящее время (49,1%), синдром Рейно как проявление дигитального васкулита (43,6%). В единичных случаях выявлены полинейропатия (8,6%), серозиты (2,7%), вторичный синдром Шегрена (1,7%) поражение глаз - склерит или кератит (6,4%). Сопутствующая патология регистрировалась у 78,3% из 40 обследованных больных.

Согласно протоколу учитывалась терапия по поводу РА, проводившаяся в течение 3 месяцев перед включением в исследование. Базисные препараты получали 67,2% пациента. Наиболее часто используемым препаратом являлся метотрексат (в 82,4% случаев). Терапия биологическими агентами не проводилась ни в одном случае. Большинство больных (64,7%) регулярно принимали глюко-кортикоиды (ГКС); в 28,4% случаях проводились внутрисуставные введения ГКС. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) принимали 69,1%.

Выводы. Качество жизни больных ревматоидным артритом существенно хуже по всем шкалам опросника 8Р-36 в сравнении с качеством жизни лиц популяционного контроля, сопоставимых по полу, возрасту и региону проживания ($p=0,001$).

Качество жизни больных ревматоидным артритом в большей степени зависит от таких социально-демографических факторов, как пол, образование, уровень материального положения, и в меньшей степени - от возраста, семейного положения.

Наиболее выраженное снижение качества жизни выявляется у неработающих лиц, при этом у большинства пациентов именно ревматоидный артрит является основной причиной нетрудоспособности и ранней инвалидизации.

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Примкулова Г.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Этиловый спирт для организма - универсальный яд. Не существует в организме человека ни единой клетки, которую бы алкоголизм, посредством этого самого этилового спирта, не повреждал, проникая в нее.

Поражаются все органы, поражаются ткани, причем некоторые из них - нервная и железистая, к примеру - разрушаются быстрее, так как проникает в них быстрее, а клетки этих систем совершенно не приспособлены для переработки вредных веществ.

Многие ученые связывают появление такой формы алкоголизма, как семейный алкоголизм (термин, предложенный канадским наркологом Джелли-неком в 1940г.) с ростом интенсивности алкоголизации среди женщин. Статистические данные говорят о том, что если замужняя женщина страдает алкоголизмом, то болезнь приобретает черты семейного заболевания у членов семьи. Уже на первом и втором году заболевания появляются признаки, характерные для средней и конечной стадии алкоголизма.

Однако продолжает существовать дефицит информации, необходимый для объяснения таких явлений, как «омоложение» у женщин хронического алкоголизма, особенностей его развития и течения у женщин в современных экономических условиях, что и определило важность и актуальность проведенного исследования.

Цель исследования. Изучить особенности течения алкоголизма у больных женщин с сопутствующими соматическими нарушениями.

Материал и методы исследования. В связи с этим нами была обследована группа женщин, страдающих хроническим алкоголизмом состоящих на учете в клинике АГМИ.

Были изучены 58 женщин в возрасте от 35 до 57 лет. Все больные употребляли алкогольные напитки в течение продолжительного времени в форме систематического пьянства. Эти больные были условно разделены на 2 группы. В первую группу (34 больных, 58,6 %) вошли пациентки с отягощенной наследственностью (родственники больных страдали психическими заболеваниями), в возрасте от 42-57 лет, состоящие на учете со II и III стадиями хронического алкоголизма. Во вторую группу (24 больных, 41,3 %) вошли пациентки без отягощенной наследственностью, в возрасте от 35-54 лет, состоящие на учете со II и III стадиями хронического алкоголизма.

Результаты и их обсуждение. Развитию алкоголизма у женщин способствуют микросоциальные условия и среди них, прежде всего, работа в сфере обслуживания (официантки, продавщицы); значительно более частые, чем у мужчин, предшествующие психические отклонения в форме психопатий, неврозов, психического инфантилизма, дебилности; начало злоупотребления алкоголем на фоне психотравмирующей ситуации.

Соматические нарушения при алкоголизме у женщин происходят чаще, чем у мужчин, в 2 раза чаще встречаются циррозы печени, гепатиты, невриты, алкогольная пеллагра. Нередко наблюдаются бесплодие, мертворождения, рождение детей с физическими пороками.

Наши результаты показали, что на фоне длительного злоупотребления спиртным самыми распространенными патологиями у женщин-алкоголичек являлись поражения печени и поджелудочной железы, гепатит (18%), цирроз печени (12%), панкреатит (16%), аменорея (16%), и другие.

Выводы. Длительное злоупотребление алкоголем приводит к необратимым изменениям внутренних органов. Пагубное влияние алкоголизма на женский организм проявлялся намного раньше, чем в случае с мужской алкогольной зависимостью.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭМАЛЬ И РЕСТАВРАЦИЮ

Расулова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На стоматологическом приёме традиционно используются аппаратные методики профессиональной гигиены. При достаточном уровне технологической оснащённости приёма, выбор последних определяется знанием механизмов действия на ткани полости рта, умением врача подобрать оптимальный комплекс профессиональной гигиены в конкретной клинической ситуации. Изложенные выше позиции послужили основанием для определения цели и задач работы.

Цель исследования. Выбрать оптимальный метод профессиональной гигиены полости рта, а также выявить изменения в структуре эмали и реставраций.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для исследования использованы зубы пациентов мужского и женского пола, удаленные по медицинским показаниям. Обработку зубов изучаемыми нами методами осуществляли с одинаковым временем воздействия. Пломбировку производили стеклоиономерным цементом Iono Gem, фотополимеризуемым композитом Filtek Supreme XT..

Результаты исследования. По данным морфологического исследования в бинокулярном микроскопе выявлено, что обработка поверхности зуба и реставраций с помощью ультразвукового аппарата Woodpecker на средней мощности показала значительную шероховатость. При применении воздушно-абразивного метода мы получили меньшую шероховатость в сравнении с обработкой ультразвуковым аппаратом. Проведя оценку границы пломба - зуб выяснили, что нарушение краевого прилегания реставраций имело место после обработки, как ультразвуковым скейлером, так и порошкоструйным аппаратом.

Выводы. 1. Оптимальным методом профессиональной гигиены полости рта является порошкоструйная обработка.

2. Выбор аппаратного метода профессиональной гигиены, должен определяться совокупностью положительных и отрицательных свойств обработки, а также наличием реставрации.

3. Следует учитывать, а также грамотно подходить к выбору насадки и мощности аппарата.

ИНДУКЦИЯ ҲАМДА ИНГИБИЦИЯ ХОЛАТИДА ЖИГАР ФЕРМЕНТ ТИЗИМИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

*Расулова Мохидил Турсуналиевна
Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали*

Тирик тизимлар очик термодинамик тизим бўлганлиги туфайли улар оркали доимий равишда модда ва энергия оқими кузатилади. Аммо бир катор моддалар тирик тизимга хос бўлмаганлиги туфайли тирик тизимга киргач, унда турли ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин. Хужайра ичида улар бир катор кимёвий ўзгаришга, яъни биотрансформацияга учраши мумкин.

Биотрансформация жараёни икки фазага ажратилади. Биринчи фазада моддаларнинг оксидланиш, қайтарилиш ёки гидролиз реакцияларига учрайди иккинчи фазаси ферментлари иштирокида эндоген моддалар билан конъюгацияланиши, қайтарилиши ёки гидролизланиши мумкин ва бунда пайдо бўлган моддалар табиий равишда экскрецияланади. Агар ҳосил бўлган молекула 2-йўналиш бўйича ўзгаришларга учраса, бу тирик организм учун анча ҳавф туғдиради, чунки энди реакция қобиляти юқори бўлган молекула хужайранинг макромолекулари – оксиллар, нуклеин кислоталари билан реакцияга киришиб, тирик тизимнинг тўғри шаклланишини бузади. Заҳарлилик, кимёвий мутагенез ва канцерогенез, тератогенез каби нохуш жараёнлар айнан шу иккинчи йўл билан бевосита боғланади.

Фермент тизими ўпка, буйрак, ичак, мия каби аъзоларда топилгани билан, унинг энг кўп миқдори айнан жигарда кузатилади. Шунинг учун организмга кирган барча моддалар жигар оркали ўтади ва маълум бир ўзгаришларга учрайди. Бу ўзгаришлар натижасида жигар фермент тизимининг фаоллиги ошиши ёки камайиши мумкин. Фермент тизимининг фаоллигининг ортиши индубилликдир яъни, индукция - фермент синтезининг ортишини англатади Бу жараёнда организмга кирган моддалардан фенотарбиталларни, стероидларни, клофидратларни ҳамда цитохромларни индукциялайди. Фермент тизими индукциядан ташқари яна ингибирланиши мумкин. Бунда ферментларининг ингибирланиши қайтар ва қайтмас бўлиши мумкин. Қайтар ингибирланиш рақобатли, рақобатсиз ва рақобатдан ташқари шакллarga ажралади. Рақобатли ингибирланишда ферментнинг фаол марказига ингибитор молекуласи бирикади. Рақобатсиз ингибирланишда ингибитор фаол марказига эмас, балки нофункционал қисмига бирикади ва бу фаол қисмга субстратнинг бирлашишига тўсқинлик қилади. Ва, ниҳоят, рақобатдан ташқари ингибирланишда ингибитор субстрат билан ҳосил қилган комплексига бирлашади. Ингибирланишда метаболизмга учраши керак бўлган модданинг (бу дори препаратлари бўлиши ҳам мумкин) организмда тўпланиб қолиши кузатилади. Қайтмас ингибирланиш ҳақиқий ва квази-қайтмас бўлиши мумкин. Ҳақиқий ингибирланишда ингибитор ферментнинг гем қисми билан ковалент боғ ҳосил қилиб боғланади, квази-қайтмас ингибирланишда эса ингибитор фермент билан мустақкам ноковалент боғ ҳосил қилади. Дори моддаларининг (препаратлар) ингибиторлик даражаси улар қўлланилганидаги фармакокинетик эгри чизик остидаги майдоннинг катталаниши даражасига қараб белгиланади: фармакокинетик эгри чизик остидаги майдон 5 мартадан ортиқ бўлса (клиренсининг камайиши 80 % дан ортиқ) – кучли ингибитор, 2-5 мартагача бўлса (клиренс 50-80 % орасида) – ўрта даражадаги ингибитор ва 1,25-2 мартагача бўлса (клиренс 20-50 % гача камайган) – кучсиз ингибитор дейилади.

Хулоса ўрнида шунга айтиш мумкинки, хозиргача индукция ва ингибициянинг механизми тўлиғича аниқ эмас. Шу асосда индукторлар маълум фермент генлари экспрессиясига тўғридан-тўғри, яъни цитоплазматик ёки ядро рецепторлари ёрдамида геномга таъсир этади ҳамда маълум генлар экспрессиясини кучайтиради, деб ҳисобланади. Бундан ташқари индукция экспрессиянинг посттранскрипцион ва посттрансляцион механизмларига ҳам таъсири натижаси бўлиши мумкин.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ

*Расулова М.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение повышенного стирания зубов представляет собой непростую задачу для врача-стоматолога. Традиционное ортопедическое лечение заключается в изготовлении накладок и коронок на стертые зубы. Наиболее консервативный метод ортопедического лечения - это метод применения керамических виниров с адгезивной фиксацией. Применение керамических виниров является дорогостоящим методом лечения, и при появлении трещин и переломов в отдаленные сроки керамические микропротезы не поддаются починке. В последнее время в медицинской литературе много внимания уделяют терапевтическому методу лечения повышенного стирания зубов.

Цель исследования. Стандартизация подготовки к реставрации зубов с повышенным стиранием.

Материалы и методы исследования. Для стандартизации пространства между антагонистом и зубом с повышенным стиранием нами предложено использовать шарик из композиционного материала заданного диаметра, закрепленный на проволоке. Пациентка Т. В., 66 лет, коронка зуба 21 стерта на 1/3 длины вестибулярной поверхности,

стерт небный бугорок, обнажен заместительный дентин. Диагноз: повышенное стирание зуба 21 (патологическая стираемость, локализованная смешанная форма, II степень тяжести). Антагонисты - искусственные пластмассовые зубы частичного съемного пластиночного протеза.

Результаты исследования. При планировании реставраций необходимо ответить на следующие вопросы: имеется ли место для реставрации и достаточно ли места для выполнения реставрации, как измерить пространство для реставраций. Толщина реставрации должна быть не менее 1,5 мм. Для измерения величины пространства между антагонистами мы предлагаем использовать шарик из композиционного материала, закрепленный на проволоке. Расстояние между дистальным маргинальным гребнем и антагонистом составило менее 1,5 мм, поэтому было проведено препарирование этого участка коронки до тех пор, пока пространство не стало достаточным для выполнения реставрации. Таким образом, предложено приспособление для измерения пространства между зубами-антагонистами при повышенном стирании зубов.

Выводы. Использование предложенного приспособления для измерения пространства между антагонистами позволяет стандартизировать подготовку зубов с повышенным стиранием к реставрации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Рахимов Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на активное внедрение в лечение больных современных методов терапевтической и хирургической реваскуляризации миокарда, совершенствование методов немедикаментозной профилактики ИБС, общая летальность остается очень высокой, особенно среди мужчин молодого и среднего возраста. Следует отметить, что у людей пожилого и старческого возраста она также высока и составляет 2/3 всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и 70% от всех заболеваний. Это обусловлено высоким уровнем догоспитальной летальности, достигающей по данным некоторых авторов 47,8% и частым развитием постинфарктной хронической сердечной недостаточности, являющийся главной причиной смерти в ближайший после ИМ период.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение условий возникновения и особенностей течения ИМ у мужчин различного возраста.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 97 больных мужского пола с первичным инфарктом миокарда (ИМ). Средний возраст больных составил $52,4 \pm 13,2$ лет, продолжительность заболевания ИБС колебалась от впервые выявленного до 10 лет.

Результаты исследования. У мужчин до 60 лет, как правило, ИМ дебютирует ангинозными проявлениями. У мужчин пожилого и старческого возраста в клинической картине заболевания в первые 48 часов преобладают симптомы сердечной недостаточности, и значительно реже наблюдаются другие клинические проявления ИМ.

Ранние признаки СН у больных, перенесших повторный ИМ, в отличие от больных с первичным ИМ, определяются более частой встречаемостью и выраженностью нарушений систолической и диастолической функций сердца. В первые 48 часов ИМ, особенно при осложненном О-ИМ, СН определяется преимущественным нарушением систолической функции, компенсируемой большей дилатацией левых камер сердца, тахикардией и сопровождается легочной гипертензией и повышением общего легочного сопротивления. К концу третьей недели от начала ИМ происходят улучшение систолической функции сердца и ухудшение диастолической функции по типу замедления релаксации, сохраняется дилатация левых камер сердца, особенно у больных с повторным ИМ и у больных пожилого и старческого возраста, обусловленные развитием компенсаторной гипертрофии миокарда и процессом постинфарктного ремоделирования, способствующих развитию хронической сердечной недостаточности. С возрастом пациентов эти изменения прогрессируют.

Ранние проявления сердечной недостаточности и связанное с ней ухудшение качества жизни больных выявляются уже в начальные периоды инфаркта миокарда. У значительной части больных с повторным осложненным Q-ИМ в первые 48 часов субъективные проявления СН достигали уровня тяжелой СН. К концу третьей недели у большинства больных наблюдалось отчетливое снижение СН до умеренных степеней. Существенное влияние на качество жизни больных с повторным ИМ оказывают интенсивность и длительность курения и употребление алкоголя, наличие сопутствующей артериальной гипертензии, степень дилатации ЛЛ и ЛЖ, снижение систолической функции сердца и изменения легочной гемодинамики.

На прогноз течения повторного ИМ у мужчин различного возраста наибольшее влияние оказывают наличие осложнений, глубина ИМ, возраст и количество перенесенных ИМ. Наибольшая летальность (78%) может наблюдаться у мужчин пожилого и старческого возраста с повторным осложненным О-ИМ, а наименьшая - у больных с первичным ИМ молодого и среднего возраста (при осложненном О-ИМ - 22%, неосложненном - 8%). Ведущими факторами, способствующими развитию жизнеопасных осложнений и летальности у больных с повторным ИМ, являются степень сердечной недостаточности (24%), возраст (14%) и аритмии (12%), суммарная дисперсия которых составила 50%. Значимость работы заключается в том, что изучены особенности патогенеза и клинического течения острого инфаркта миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла. Исследование особенностей патогенеза инфаркта миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла имеет большое практическое значение.

Диагностика вегетативной дисфункции, способствующей коронарораспазму, концентрического ремоделирования левого желудочка у мужчин, особенно молодого возраста, с гемодинамически незначимым и однососудистым поражением коронарного русла будет способствовать повышению эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы. Таким образом, у мужчин пожилого и старческого возраста с первичным и повторным ИМ нередко заболевание протекает атипично, что затрудняет своевременную раннюю диагностику, госпитализацию и раннюю

неотложную кардиологическую помощь. Если у мужчин молодого и среднего возраста, как правило, заболевание дебютирует ангинозными проявлениями, то у мужчин пожилого и старческого возраста в клинической картине заболевания в первые 48 часов обычно преобладают симптомы сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения и значительно реже наблюдаются другие клинические проявления ИМ. У мужчин с повторными ИМ, особенно старше 60 лет, ангинозный вариант ИМ встречается еще реже и симптомы сердечной недостаточности были более выражены, особенно у прогностически неблагоприятных больных. Среди осложнений у больных с первичным и повторным ИМ в обеих возрастных группах преобладают нарушения сердечного ритма. У мужчин старше 60 лет в большей степени при повторном ИМ с летальным исходом преобладали отёк легких, сердечная астма, аневризма сердца, тромбоэндокардит, пневмония и тромбоэмболия легочной артерии. При этом у больных насчитывалось 3 и более осложнений, и наблюдались их различные комбинации, обусловленные электрической нестабильностью, сократительной недостаточностью и механической несостоятельностью миокарда.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Рахимов Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в лечении артериальной гипертензии (АГ), адекватный контроль артериального давления (АД) в популяции далек от идеального. В лекции дается характеристика четырех степеней риска сердечно-сосудистых осложнений, вызванных АГ. Подробно рассмотрены современные стандарты медикаментозной и немедикаментозной гипотензивной терапии. Приведены целевые уровни АД, которые рекомендуется достигнуть при лечении больных АГ, в соответствии с существующими международными рекомендациями. Разбираются показания к использованию рациональной комбинированной антигипертензивной терапии.

Цель исследования. Целью антигипертензивной терапии является достижение целевого АД. Основной целью лечения больного АГ является максимальное снижение общего сердечно-сосудистого риска. Для достижения этой цели необходима коррекция всех модифицируемых факторов риска, лечение ассоциированных клинических состояний, а также лечение собственно синдрома АГ, то есть антигипертензивная терапия

Материал и методы исследования. В исследование были включены 80 больных ГБ II-III стадии, 2-3 степени АГ в возрасте от 40 до 60 лет, не достигшие целевого уровня АД на фоне приема двух АГП в течение 6 месяцев в максимальных терапевтических дозах в сочетании с тремя и более факторами сердечно-сосудистого риска и 20 условно здоровых лиц (группа контроля) для уточнения нормативов изучаемых показателей. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. Из исследования исключались больные с симптоматической АГ, перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом (менее 6 месяцев), застойной сердечной недостаточностью, тяжёлыми стойкими нарушениями ритма и проводимости, тяжёлой сопутствующей соматической, неврологической и онкологической патологией.

У включенных в исследование больных выявлены выраженные нарушения суточного профиля артериального давления, множественное поражение органов-мишеней, дисфункция эндотелия, дисметаболические изменения, затрудняющие адекватный контроль над артериальным давлением и позволяющие включить данную категорию больных в разряд больных с «трудно контролируемой артериальной гипертензией». Выявленные корреляционные связи между основными показателями метаболического профиля, периферической гемодинамики, функции эндотелия, структурно-функциональными показателями левого желудочка констатируют взаимосвязь и взаимозависимость патогенетических механизмов, лежащих в основе трудно контролируемой артериальной гипертензии.

Длительный прием кандесартана в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином способствует достижению целевого уровня артериального давления у 88% больных, с преимущественной положительной динамикой для среднесуточных показателей и вариабельности артериального давления, а терапия моксонидином в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином - у 82% больных, с достижением нормативных значений для среднесуточных показателей АД и индекса временной гипертензической нагрузки.

Достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка достигается к третьему месяцу терапии на фоне терапии кандесартаном с гидрохлортиазидом и лерканидипином и к 6-му месяцу - на фоне терапии моксонидином с гидрохлортиазидом и лерканидипином. Улучшение диастолической функции отмечается с 3-го месяца терапии при лечении обеими комбинациями. Терапия кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином видоизменяет концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка в эксцентрическую у 13,5% больных.

Трехкомпонентные антигипертензивные схемы лечения артериальной гипертензией с включением лерканидипина оказывают корригирующее действие на нарушенную церебральную, почечную гемодинамику, функцию эндотелия уже на ранних этапах лечения - через 3 месяца, однако более выраженная положительная динамика отмечена при его комбинации с кандесартаном и гидрохлортиазидом при длительной терапии.

Корригирующее действие на нарушенный липидный профиль оказывают обе трехкомпонентные схемы антигипертензивной терапии, гиперурикемия устраняется через 3 месяца на фоне терапии кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином, а постпрандиальная гликемия — на терапии с включением моксонидина.

Выводы. Таким образом, основные изменения рекомендации по диагностике и лечению АГ 2018 г выглядят следующим образом:

Новые целевые значения АД, менее консервативное лечение (очень) пожилых людей;

Изменение схем рациональной комбинированной фармакотерапии;

Необходимость выявления низкой приверженности и применение комплекса мер, направленных на её повышение.

Вместе с тем разрабатываются новые методы диагностики и лечения метаболических нарушений, которые выявляются на ранних этапах или предшествуют повышению АД. В настоящее время показано, что такие группы

лекарственных средств, как иАПФ, БРА, БМКК, селективные агонисты имидазолиновых рецепторов, имеют преимущества у больных с метаболическим синдромом в качестве средств лечения и профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГА

Рахимов Дилмурод Адилжанович
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. В современном обществе тысячи людей испытывают панический страх, стоит только услышать звук бормашины или упомянуть стоматолога. Наиболее распространенные причины, порождающие у людей дентофобию: негативный опыт лечения в прошлом, боязнь боли, повышенное чувство тревоги, чувство стыда за состояние своих зубов, повышенная чувствительность зубов, боязнь уколов. Визит к стоматологу, особенно к терапевту и хирургу, является одним из наиболее ярких примеров эмоционального стресса.

Цель исследования. Оценка психоэмоционального состояния пациентов в ожидании и во время посещения врача стоматолога-терапевта.

Объект, объем и методы исследования. Для реализации цели и задач была разработана специальная анкета, включающая в себя шкалу стоматологической тревожности Кораха. Всего было обследовано 142 пациента обратившихся к врачу стоматологу.

Результаты. В результате исследования выявлен различный уровень дентофобии в зависимости от ситуации, пола и возраста. Перед посещением стоматолога уровень дентофобии у женщин составляет 8,93 балла, у мужчин 8,69 баллов. При проведении анализа в зависимости от возраста выявлено, что уровень дентофобии у женщин в возрасте от 20 до 40 лет больше чем у мужчин такого же возраста. У женщин от 20 до 40 лет уровень дентофобии составляет 8,52 балла, а у мужчин 8,54 балла. У женщин от 40 до 60 лет уровень дентофобии составляет 9,18 баллов, у мужчин такого же возраста уровень дентофобии составляет 8,35 балла. У женщин от 60 до 80 лет уровень дентофобии составляет 9,5 баллов, а у мужчин 8,28 баллов.

Выводы. В результате исследования выявлено, что средний уровень дентофобии имеется практически у всех больных перед стоматологическим терапевтическим приемом. Пути преодоления дентофобии заключаются в необходимости более полного информирования пациентов с достижениями современной стоматологии, которые включают в себя новейшее оборудование, широкое использование анестезии и наличии высококвалифицированного медицинского персонала. И о необходимости посещения стоматолога с профилактической целью, для оказания помощи на начальной стадии лечения кариеса с целью предотвращения перехода его развития и более болезненных осложнений.

РОЛИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОГЛОБИНА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Рахимов Дилмурод Адилжанович
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Важная роль в патогенезе пародонтита отводится мембранодеструктивным процессам, приводящим к накоплению токсических продуктов перекисного окисления липидов и свободных радикалов, неизменно поступающих в кровоток. Одной из первых мишеней мембранодестабилизирующего действия данных токсинов являются форменные элементы крови, в частности эритроциты. Структурная дестабилизация их мембран приводит к изменению структуры гемоглобина и в итоге угнетению функциональной активности, что часто является одним из механизмов развития тканевой гипоксии и усугубления течения основного патологического процесса. В связи с чем целью работы явилось определение роли нарушений структурно-функционального состояния гемоглобина в прогрессировании хронического пародонтита.

Цель исследования. Определение роли нарушений гемоглобина в прогрессировании хронического пародонтита.

Объект, объем и методы исследования. Основой работы стали клинические исследования у 35 больных (12 мужчин и 23 женщины) хроническим генерализованным пародонтитом различных степеней тяжести в возрасте от 30 до 50 лет с давностью заболевания от 3 до 15 лет, проходившие лечение в стоматологической поликлинике г. Андижан. Обследуемые были распределены по степени тяжести заболевания на три группы, сопоставимые по возрастно-половому составу. Пациенты получали традиционную местную и общую противовоспалительную терапию. При обращении и в контрольные сроки (5-е и 10-е сутки) всем пациентам выполняли общеклинические, биохимические исследования, а также методы функциональной диагностики. Акцент исследований в работе сделан на изучение структурно-функционального состояния гемоглобина.

Результаты. Исследования показали, что у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом отмечаются существенные изменения структурно-функционального состояния гемоглобина, проявляющиеся в виде увеличения относительного количества оксигемоглобина в эритроцитах на 20,0-29,1% ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что изменения показателей структурно-функционального состояния гемоглобина сопряжены с тяжестью пародонтита, максимальные значения выявленных изменений регистрировались у пациентов с тяжелым пародонтитом.

Выводы. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом отмечаются изменения структурно-функционального состояния гемоглобина, которые сопряжены с тяжестью заболевания, что определяет возможность их использования в качестве прогностических критериев заболевания.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

*Рахматов Р.А., Вахабов Б.М., Исломбаев Д.А., Камолов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Определение ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Материал и методы. В исследование были включены 68 мужчин в возрасте от 30–49 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I группа низкого и умеренного риска <5% – 38 пациентов; II группа высокого риска ≥5% – 30 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 30 до 45 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования – толщина интимы – меди (ТИМ) сонных артерий. Ранние маркеры атеросклероза артерий определены у всех пациентов: у 38 мужчин в группе низкого и умеренного риска, у 30 – в группе высокого риска ССО. У пациентов с низким – умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 48,6% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО – в 73,4%. Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови, и к их применению для упрощения диагностики и определения прогноза атеросклероза или для выявления предрасположенности к атеросклерозу и, особенно, восприимчивости к развитию атеросклеротических бляшек и/или обструкции сосудов. Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-α).

Результаты исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по различному, так в I-й группе ИЛ-6 повышался незначительно на 24,8% ($p < 0,001$) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 47,5% выше показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Незначительные повышения ФНО-α отмечены в группе низкого и умеренного риска ($p < 0,001$), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ-10 умеренно повышался в I-й группе ($p < 0,01$) и более значительные изменения отмечались во II-й группе. Результаты исследования показали о существовании прямой корреляционной связи между ИЛ-6 и ТИМ ($r = 0,57$; $p = 0,001$), ИЛ-1 и ТИМ ($r = 0,44$; $p = 0,001$), ФНО-α и ТИМ ($r = 0,51$; $p = 0,001$).

Заключение. Нами показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен у пациентов с отягощённой наследственностью к атеросклерозу и в последующем к ИБС. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

БОЛАЛАРДА ГИЖЖА КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ БИЛАН ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ

*Рахматова М.М., Назарова Г.У., Усманова Я.Ф., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.
Андижон Давлат Тиббиёт Институт*

Мавзун асослаш: Одам ва ҳайвонларнинг аъзо ва тўқималари ҳисобига яшовчи майда чувалчанглар – гижжалар (гельминтлар), улар келтириб чиқарадиган касалликлар гельминтозлар дейилади. Касаллик манбаи бемор одам ва гижжалар билан зарарланган ҳайвонлар ҳисобланади. Гижжалар – чувалчанглар, ўзининг паразитлик ҳаётини одам организмда ўтказувчи организмлардир. Бунда одам ёши роль ўйнамайди - катталар ҳам, болалар ҳам бир хилда касалланиши мумкин. аскаридалар, асосан, кўлини яхши ювмайдиган болаларда кўп учрайди. Острисалар эса одамга ифлос қўллар, озиқ-овқат маҳсулотлари ҳамда оғиз ва бурунга тушадиган чанг орқали ҳам юкиши мумкин.Паразитлар билан зарарланган одамнинг вазни камаяди, қоринда оғриқ, кўнгил айниши, ич кетиши ёки бош айланиши, жиззакилик пайдо бўлади. Гижжа ичкада бўлса – ич қотади ёки ич кетиши, кўнгил айниши, қайт қилиш ҳолатлари кузатилади. Жигарда бўлса - кўз оқи ва бадан сарғаяди, шиш пайдо бўлади, баданга ҳар хил доғлар тушиши мумкин. Ўпкада бўлса - иситма чиқиши ва йўтал пайдо бўлиши мумкин. Шунингдек, одамнинг меҳнат қобилияти пасаяди, болаларда ривожланиш орқада қолади, яхши ўсмайди, хотира пасаяди, уйқуси нотинч бўлади.

Гижжалар ичакнинг шиллик қаватиға ёпишиб олиб, уни жароҳатлайди. Оқибатда ичак деворларида яра пайдо қилади ва қон кетишига сабаб бўлади. Ичкада яшовчи гижжалар асосан ичакдан тунда чиқади ва орқа чиқарув тешиги атрофида жуда қуп тухум қўяди. Касалликни тез тарқалиши катта ва кичиклар орасида ривожланиши, кўп ҳолларда тез-тез қайталаниши, баҳор ва куз ойларида авж олади ва турли хил асоратлари инфекцияларнинг токсик шок,тугри ичакнинг чиқиб қолиши, нимжон болаларда иккиламчи инфекцияларнинг ривожланиши камқонлик, теридаги ўзгаришлар, нерв системаси ва бошқа органлардаги ўзгаришларни берганлиги сабабли, беморларни иш қобилиятини пасайиши,иштахасизлик, холсизликка ва оғир камқонликка бази ҳолатда талвасалар тутишига ҳам олиб келиши мумкин. Одамга гижжа тухумлари билан ифлосланган рўзғор буюмлари орқали – эшик бандлари, ҳожатхона стулчалари, тувак ва бошқалар билан ўтади. Қўпинча болалар касалланади. Қоринда оғриқ туриб, беморнинг кўнгли айниди, иштахаси пасаяди, боши оғриб, кўпинча ичи кетади.

Эхинококк ҳайвонлар, аксарият итлар ичагида яшайди. Одамларга сигир, қўй, чўчка, ит ва мушуклардан, шунингдек, ёзвойи этхўр ҳайвонларнинг терисини шилиш ва ошлаш вақтида юкади. Эхинококккозда бош оғриб, айланади, ҳаракатланиш ва сезиш фаолияти бузилади

Мақсад: Андижон шахар 3 умумтаълим мактабида гижжа касаллиги билан “Д” назоратда турган болаларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ОПда гижжа касаллигини эрта аниқлаш тиббий қўриқдан ўтказиш ва диспансер назоратига олиш касалликни олдини олиш учун. Шифокор ва хамшираларни мактабдаги ўқитувчиларга ва ўқувчиларга касалликни олдини олиш ва уни камайтириш учун қандай ишлар олиб бориш кереалигини тушунтириш ва иш сифатини ошириш. Гижжа касаллиги билан болаларни стандарт даво усуллари асосланган ҳолда даволаш. Аҳолини тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги 3 умумтаълим мактабида ўтказилди. Гижжа касаллигига шубҳаланган болаларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Гижжа хасталиги асоратларини олдини олиш бўйича болалар ўқитилди ишларига салбий таъсир қилувчи омиллар таҳлил қилинди

Натижаларни баҳолаш. ОП ва мактаб шароитида гижжа касаллиги бўйича материаллар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Болаларда гижжа касаллигини олиб боришда гигиена қоидаларига амал қилиш тўғрисида тушунчалари етарли даражада эмас. Маслахат вақтида болалар ва ота-оналарни ўқитишга ОП врачлари томонидан кам эътибор берилди. Кўп ҳолларда беморлар касалликни қайталанишини олдини олиш бўйича тадбирлар ҳақида етарли маълумотга эга эмас. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг гижжа касаллиги билан “Д” назоратда турган болаларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 30% га яхшилашга эришдик

Хулоса ва тавсиялар: Худудда ва мактаб шароитида болаларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. Болалар ОП шароитида гижжага таҳлил қилдиришларини йўлга қўйиш. Гижжа билан даволанаётган болаларни назорат қилиш ва даволашни охирига етказиш зарурдир. Аввало гигиена қоидаларига риоя қилиш кереалигини ўргатиш. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш муҳим. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА

*Бекташев И.Б., Юсупова Ш.К., Холматова Г.А., Дилишодов А.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сахарный диабет — самое распространенное эндокринное заболевание. По последним данным, число больных сахарным диабетом через каждые 15 лет удваивается, а по числу летальных исходов эта болезнь занимает 3 место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Больных сахарным диабетом в мире насчитывается более 50 млн. Сахарным диабетом болеют как мужчины, так и женщины различного возраста и различных профессий, живущих в различных климатических и социальных условиях. Одним из ключевых аспектов деятельности по снижению распространения сахарного диабета должна выступать активная профилактика и раннее выявление данного заболевания, в реализации которых важную роль могут сыграть аптечные организации и специалисты фармацевтического профиля. В ходе исследований установлено, что такие направления надлежущей аптечной практики, как продвижение здорового образа жизни, информирование о факторах риска и профилактики заболеваний, в том числе сахарного диабета, не находят должного отражения в деятельности аптечных организаций. В данной публикации изложены основные направления деятельности аптеки по профилактике сахарного диабета.

Цель исследования. С позиции системного подхода выявить факторы риска, достоверно влияющие на развитие сахарного диабета, и разработать модель многофакторной межсекторальной первичной профилактики этой болезни.

Материалы и методы исследования. Проведенный анализ данных регистра СД Андижанской области за 2016-2019 годы продемонстрировал значительный вклад СД 2 в ухудшение показателей здоровья населения. Смертность от причин, связанных с СД 2, занимает у женщин четвертое место после болезней системы кровообращения, новообразований и травм, отравлений, а у мужчин - шестое, уступая кроме вышеуказанных причин еще болезням органов пищеварения и дыхания в структуре общей смертности населения Андижанской области.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования доказывают необходимость своевременной терапии (HbA1c >7,5%) препаратами инсулинов, имитирующими базальную инсулиносекрецию, в комбинированной терапии СД - типа для коррекции углеводного и липидного обмена, снижения ИР и уменьшения риска сердечно-сосудистой патологии и смертности у больных СД типа в условиях практического здравоохранения. Проведенные исследования позволяют рекомендовать контролировать уровень МАУ, отражающий степень прогрессирования ССЗ и эффективность проводимой терапии у больных - СД типа. Результаты проведенного исследования показали, что инсулинотерапия аналогом инсулина пролонгированного действия Гларгин или инсулином НПХ в сочетании с ПССП позволяет достичь достоверного улучшения компенсации углеводного обмена, уменьшения ИР и МАУ, а также достоверного снижения риска развития сердечно-сосудистой патологии и 10-летнего риска смерти от ССЗ у больных СД типа. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать более раннее и более широкое применение препаратов инсулинов (аналога инсулина пролонгированного действия Гларгин или инсулина НПХ) в сочетании с ПССП в лечении СД 2 типа в практическом здравоохранении.

Вывод. Первичная профилактика сахарного диабета заключается в том, чтобы не допустить развитие заболевания вообще. Вторичная профилактика направлена на предупреждение развития осложнений от уже имеющегося заболевания. Вторичная профилактика 1 и 2 типа ничем не отличаются друг от друга, поскольку преследует единую цель — нормализацию и удержание нормального уровня сахара крови. Только удерживая

уровень глюкозы в крови в нормальных пределах, можно избежать развития осложнений. Исходя из этого, нужно работать над факторами, которые вы можете изменить. Прежде всего, профилактику нужно начинать с ликвидации лишнего веса, если он имеется, поскольку именно он приводит к главной причине сахарного диабета — нечувствительности клеток к собственному инсулину.

ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯСИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА БУ КАСАЛЛИК БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ

*Рахматова М.М., Назарова Г.У., Усманова Я.Ф., Бойқўзиева М.Б., Зияева И.Г.
Андижон Давлат Тиббий Институти*

Мавзун асослаш: Чанок-сон бўғими дисплазияси ва унинг туғма чиқиши болаларда учрайдиган болалар ортопедик касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Ушбу хасталик киз болаларда ўғил болаларга нисбатан кўпроқ учрайди (7:1). Уч ойлик болаларда чанок-сон бўғими дисплазияси 70%ни, соннинг туғма, қисман чиқиши 20%ни, тўла чиқиши-10%ни ташкил этади. Вақт ўтиши билан беморлар даволанишмаса муносабатлар ўзгаради: мускуллар тонуси оша боргани сабабли яхши ривожланмаган, қуймич косасининг том қиялиги сон суяги бошчасини юқориға ва ташқарига силжишига олиб келади. Шунинг учун 1 ёшдаги болаларда соннинг чала чиқиши 28,9%ни, тўла чиқиш – 71,1%ни ташкил қилади.

Бу туғма нуқсоннинг илк белгиларини аниқлаш жуда қийинлиги туфайли ота-оналар ҳамда баъзида тиббиёт ходимлари томонидан касаллик вақтида аниқланмайди ва бола юра бошлагандан кейингина, оқсоқланиб юрганида бунга аҳамият бера бошлайдилар.

Чанок-сон бўғими дисплазияси ҳам эндоген омиллар, яъни чанок-сон бўғими тузилишининг ўзига хослиги, гормонал мувозанатнинг бузилиши ҳамда экзоген омиллар – бўлажак она касалликлари, ҳомиладорлик кечишидаги асоратлар ва бошқалар таъсирида келиб чиқади.

Бу касалликнинг илк белгилари қуйидагилардан иборат:

1. Сон ва думба бурмаларининг асимметрияси;
2. Маркс-Ортоланни «шиқиллаш» белгиси;
3. Чанок- сон бўғимида оёқ керишнинг чегараланиши;
4. Оёқларнинг ҳаддан ташқари буралиб кетиши;
5. Оёқнинг нисбатан калта тортиши.

Мақсад: Андижон шаҳар шимолий кичи даҳасида болалар ўртасида Чанок-сон бўғими дисплазияси билан “Д” назоратда турган болаларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ОПда Чанок-сон бўғими дисплазияси касаллигини эрта аниқлаш диспансер назоратига олиш. Шифокор ва ҳамшираларни иш сифатини ошириш. Чанок-сон бўғими дисплазияси касаллигини болаларда эрта аниқлаш ва мутахассисга ўз вақтида юбориш ва касалли асоратларини олдини олиш. Оналарни тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги ОПда ўтказилди. Чанок-сон бўғими дисплазияси касаллигига шубҳаланган болаларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Чанок-сон бўғими дисплазияси хасталиги асоратларини олдини олиш бўйича шифокор ва ҳамширалар томонидан оналарни ўқитилди. Бўлажак оналарни, ҳомиладорлик даврига чиккан ҳолда ўзгартирилган касалликларни даволаши соғлом турмуш тарзига риоя қилиши ҳомиладорли вақтида салбий таъсир килувчи экзоген омиллардан эҳтиёт бўлиши таҳлил қилинди

Натижаларни баҳолаш. ОП ва ҳудуд шароитида Чанок-сон бўғими дисплазияси касаллиги бўйича материаллар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Болаларда чанок-сон бўғими дисплазияси касаллигини олдини олишда бўлғуси оналарга доим шифокор назоратида бўлиш соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, вақтида овқатланиш консервантларни истемол қилмаслиги тўғрисида тушунчалари етарли даражада эмас. Маслаҳат вақтида бўлажак оналарни ўқитишга ОП врачлари томонидан кам эътибор берилди. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг Чанок-сон бўғими дисплазияси касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 20% га яхшилашга эришдик

Хулоса ва тавсиялар: Ҳудуд шароитида болаларда чанок-сон бўғими дисплазияси касаллигини эрта аниқлаш ва касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. Болани 2 ойликгача бўлган даврида ортопед кўрувига юбориш. Сўнг чанок-сон бўғими дисплазияси касаллиги билан даволанаётган болаларни назорат қилиш ва даволашни охирига етказиш зарурдир. Олиб борилаётган ишлар натижасини команда аъзолари билан биргаликда мониторинг қилиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ

*Рахматуллаева Н.И. , С.А.Касимова
Андижанский государственный медицинский институт*

Плечелопаточный периартроз (ПП) – состояние, сопровождающееся появлением болей в плечевом суставе. Данное заболевание часто сопровождается постепенным и длительным прогрессированием боли, особенно во время движения, что значительно снижает трудоспособность пациентов [1, 2]. Ботулинический токсин типа А (БТА) является мощным химическим агентом, способным блокировать связь между нервами и мышцами и ингибировать сокращения в мышцах, где расположены триггерные точки, что может привести к облегчению болевого синдрома и способствовать большей эффективности по сравнению с общепринятыми методами терапии [3]. БТА эффективно используется при

скеленус-синдроме, цервикагенных и миогенных головных болях и других миофасциальных синдромах [4, 5]. Однако исследований, посвященных влиянию БТА на снижение болевого синдрома при ПП, не проводилось. Плечелопаточной периартроз является распространенной в популяции нейроотопедической проблемой и одной из частых причин нетрудоспособности в зрелом возрасте. Распространенность данной патологии составляет до 4-7% в популяции, увеличиваясь с возрастом (от 3-4% в возрасте 40-44 лет до 15-20% в возрасте 60-70 лет) [Астапенко М.Г., 1975; Walch G, 1999; Makela M., 1999]. На долю плечелопаточной периартропатии приходится до 30% обращений за медицинской помощью по поводу заболеваний мягких тканей [11,26]. Эта группа нарушений выявляется у 84.7% пациентов, обращающихся по поводу болей в плечевой области [18,24].

Цель исследования. Изучение эффективности применения ботулинового токсина типа А при ПП.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациента, среди которых было 14 (60,9%) женщин и 9 (39,1%) мужчин в возрасте от 52 до 74 лет с установленным диагнозом ПП. Длительность заболевания составила 1,5–4 года. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от проводимого лечения. Первую группу (основную) составили 11 человек, из которых 7 (63,6%) женщин и 4 (36,4%) мужчин. Они получали общепринятое лечение (физиотерапия, массаж, ЛФК, нестероидные противовоспалительные препараты при наличии выраженного болевого синдрома). А также терапию БТА по 90–300 ЕД. Введение препарата осуществлялось в вовлеченные в процесс мышцы и триггерные точки области пораженного сустава. Во 2-ю группу (контрольную) вошли 12 пациентов: 7 (58,3%) женщин и 5 (41,7%) мужчин, которые получали лишь общепринятое лечение. Оценка эффективности проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) через 1 и 3 мес. после начала лечения.

Результаты. Исследования продемонстрировали достоверное изменение показателей через 1 мес. от начала лечения, которое сохранялось до 3-го месяца наблюдения. Так, средний балл по ВАШ до начала лечения составил $80,4\bar{Г} \pm 18,7$ и $77,9\bar{Г} \pm 18,2$ в 1-й и 2-й группах соответственно. Через месяц после начала лечения отмечено значимое снижение болевого синдрома в обеих группах ($p < 0,01$), средний балл по ВАШ был $44,7\bar{Г} \pm 10,2$ у пациентов 1-й группы и $51,8\bar{Г} \pm 9,4$ у пациентов 2-й. К 3-му мес. болевой синдром продолжал значимо снижаться в обеих группах и средний балл составил $8,2\bar{Г} \pm 3,1$ и $21,8\bar{Г} \pm 4,6$ в 1-й и 2-й группах соответственно. Необходимо отметить, что у пациентов, получающих комплексное лечение, включающее терапию БТА, болевой синдром был значимо меньше, чем у пациентов, лечение которым проводили лишь по общепринятой методике ($p < 0,01$).

Выводы. Результаты проведенного исследования продемонстрировали, что БТА эффективен для лечения болевого синдрома при ПП.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Рахматуллаева Н.Н., Касымова С.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Термин «дорсопатия» включает в себя не только все возможные варианты патологии позвоночника (спондилопатии), но и невертеброгенную патологию, вызванную растяжением связок и мышц, миофасциальным синдромом, фибромиалгией, соматическими заболеваниями, психогенными факторами [2, 3, 7]. Нами изучались следующие рефлекторные болевые синдромы: цервикалгия (М54.2), шейно-плечевой синдром (М53.1), связанные с нагрузкой, перегрузкой и давлением (М70), и поражения плеча (М75). При лечении больных методами рефлексотерапии использовалась система чудесных меридианов, эффективная при лечении хронических, длительно текущих заболеваний.

Цель исследования. Изучение клинических, электромиографических, рентгенологических особенностей локальных мышечных гипертонусов при дорсопатии шейно-грудного отдела позвоночника и плечелопаточной области; подбор дифференцированных схем комплексного лечения рефлекторных болевых синдромов, используя методы акупунктуры и мягкой техники мануальной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 больных локальными мышечными гипертонусами в шейно-грудном отделе и плечелопаточной области. Среди них 16 мужчин и 34 женщины в возрасте от 18 до 80 лет, с продолжительностью заболевания от 1 мес. до 15 лет. Нами разработаны и предложены различные схемы сочетания точек чудесных меридианов в зависимости от стадии заболевания и от формы патологических механизмов, лежащих в основе рефлекторного болевого синдрома плечелопаточной области. В клинической картине рефлекторных болевых синдромов, по нашим данным, важное место занимают локальные мышечные гипертонусы в мышцах шеи, плечевого пояса; функциональные блокады ключично-акромиального, ключично-грудинного, верхних ребер, плечевого сустава и изменения в шейном отделе позвоночника, которые, являясь генератором периферической детерминантной структуры, определяют клиническую картину. На рентгенограммах плечевых суставов были признаки дистрофических изменений: остеопороз костей плечевого пояса, большого бугорка, кистоподобная перестройка малого и большого бугорка, склерозирование большого бугорка, апофизов плеча, межбугорковой борозды, деформация и обызвествление большого бугорка и плечеакромиальной связки. Пациентам всех групп проводилось исследование динамики латентного периода спинально-стволового полисинаптического рефлекса и регулярности феномена торможения.

Результаты и обсуждение. Лечение больных с синдромом болезненного плеча проводилось дифференцированно. Нами была разработана эффективная схема лечения, при которой применялась акупунктура в сочетании с мягкой техникой мануальной терапии. Пациентам 1-й и 2-й групп использовались акупунктурные точки основных меридианов и их связи с меридианами-напарниками. В акупунктурный рецепт для 3-й и 4-й групп входили точки чудесных меридианов первой пары (I ЧМ, II ЧМ). Точки аурикулярные, групповые ЛО, общеукрепляющего и локально-сегментарного действия использовались по показаниям.

Выводы. Таким образом, клинический, электромиографический, акупунктурный анализ показал, что при лечении пациентов с рефлекторными болевыми синдромами, плечелопаточной области и сопутствующими соматическими заболеваниями использование акупунктуры в сочетании с мягкой техникой мануальной терапии является наиболее эффективным методом, и это делает возможным применение данной системы в работе практического врача.

ДИСЦИРКУЛЯТОР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИ ДАВОЛАШДА ФЕНОТРОПИЛ САМАРАДОРЛИГИ

*Рахматуллаева Н.И.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Дисциркулятор энцефалопатия бош мия қон томир касалликлари ичида нисбатан кенг тарқалган ҳисобланади. Бу марказий нерв системасининг органик касаллиги ҳисобланиб, у ўчоқлардаги ўзгаришларнинг қайталаниши ҳисобиға неврологик, ҳамда руҳий бузилишларда ўз ифодасини топади.

Текширувнинг максади. Дисциркулятор энцефалопатияни даволашда янги ноотроп дори сифатида фенотропилнинг таъсири ва давомийлигини ўрганиш.

Текширув усуллари. Дисциркулятор энцефалопатия билан даволанган 23 беморда фенотропилнинг таъсир хусусиятини ўргандик. Улар 14 нафар (60.9%) эркак, 9 нафар (39.1%) аёлларни ташкил қилди, уларнинг ўртача ёши $(52,4 \pm 2,2)$ йил). Дисциркулятор энцефалопатия бош мия қон - томирлари атеросклерози, хафакон хасталиги бор беморларда дисциркулятор энцефалопатия ривожланиши кузатилди. Ушбу касалликни аниқлашда неврологик статусдаги ўзгаришлар, яъни орал автоматизм рефлексларининг пайдо бўлиши, қўл ва оёқлардаги чуқур рефлекслар анизорефлексияси, рефлексларнинг ошиши, псевдобульбар белгилар, акинетик-ригид синдром, вестибул-мияча бузилишлари, диққат ва хотиранинг пасайиши билан бирга қўз тубини текшириш, электроэнцефалография, реоэнцефалография, транскраниал доплерография, компьютер томография ҳамда биокимёвий лаборатор кўрсаткичлари (липид, фибриноген, протромбин индекс) муҳим ўрин тутди.

Натижа. Асосан дисциркулятор энцефалопатия билан хасталанган беморларни комплекс даволашда фенотропилнинг яхши натижа бериши қўзда тутилган. Қўлланиш дозаси 200 мг/сут (100 мг дан 2 маҳал), 20-30 кун давомида қабул қилинди. Ушбу беморларда даво муолажаларидан сўнг неврологик белгилар камайди ва ҳаёт фаолиятида ижобий ўзгаришлар бўлди.

Хулоса. Бизнинг тадқиқотларимиз шуни тасдиқладики, дисциркулятор энцефалопатия билан хасталанган беморларни даволашда фенотропилнинг қўлланилиши ижобий натижаларга олиб келди. Бош мия қон - томирлари сурункали хасталиги бор беморларга фенотропил руҳий функцияларини яхшилаш билан биргаликда уларда ақлий фаолият ва хотирани ҳам яхшилади.

БОЛАЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА ҚИЗАМИҚНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

*Тўйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Саматов А.Х.
Тошкент Тиббиёт Академияси*

Муаммонинг долзарблиги: ЖССТ маълумотиға кўра, йилига 38 миллион инсон қизамиқ билан касалланади, булардан 800 мингга яқини болалар ҳисобланади. Лекин бугунга келиб касаллик Европа давлатлари, Африкани ғарби ва Осиёнинг бир неча мамлакатларида авж олганлиги қайд этилмоқда. Ҳозирда АҚШ нинг 28 та штатида қизамиқ тарқалган.

Мақсад: Болаларда қизамиқнинг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Текширувлар Тошкент тиббиёт такадемияси кўп тармоқли клиникаси болалар юкумли касалликлар бўлимида ўтказилди. Тадқиқот материали бўлиб 2019-йил давомида қизамиқ билан касалланган туғилгандан то 18 ёшгача бўлган болалар ва 80 нафар катта ёшдаги бемор хизмат қилди. Бемор болаларни умум клиник лаборатор текширишлар билан бир қаторда серологик текшириш ИФА қизамиққа қарши IgM синфига мансуб антитаначаларни аниқлаш каби текшириш усуллар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Кузатувимиздаги қизамиқ билан касалланган болаларнинг ёш бўйича тақсимланиши куйидагича бўлди: туғилгандан то 1 ёшгача бўлган болалар – 32 нафарни (40%), 1-3 ёш – 18 нафарни (23%), 3-7 ёш – 5 нафарни (6%), 7-10 ёш – 2 нафарни (3%), 10-14 ёш – 2 нафарни (2%), 14-18 ёш – 1 нафарни (1%), 18 ёшдан катталар – 20 нафарни (25%) ташкил этди. Қизамиқ билан касалланганларнинг 58 нафари (72,5%) беморлар билан аниқ мулоқотда бўлган, 22 нафари эса (27,5%) бемор билан мулоқотда бўлганлиги ҳақида маълумотга эга эмас. Аниқ мулоқотда бўлганларнинг 38 нафари (65,5%) бизга мурожаат қилиб келгандан бошлаб охирги 21 кун давомида турли шифохоналарда стационар даволаниб келган, яъни улар қизамиқнинг продромал ва эрта тошма тошиш давридаги болалар билан мулоқотда бўлганлиги анамнезида аниқланган, қолган 12 нафар (20%) беморларнинг оилада ака-укаларида, ота-онасида, яқин қариндошлар орасида охирги 1 ой ичида қизамиқ билан касалланганлар, 8 нафари (15%) эса уюшган ва уюшмаган жамоалардан (мактабда, мактабгача таълим муассасаларида, қорхоналарда) қизамиқ билан касаланган билан мулоқотда бўлган. Ушбу болаларда эмланиш даражасини таҳлил қилинганда шу аниқландики, 39 нафар болалар (48,75%) қизамиқ қарши умуман эмланмаган, уларнинг асосини 1-ёшгача бўлган болалар ташкил этган, яъни улар эмлаш ёшига етмаганлардир. Бир марта эмланганлар 17 нафарни (21,25%), икки марта эмланганлар эса 24 нафарни (30%) ташкил этади.

Хулоса: Замонавий шароитларда қизамиқ асосан (туғилганда то 1 ёшгача ва 1-3 ёш) эрта ёшдаги болалар, ҳамда катта ёшдагилар ўртасида кўпроқ (40%, 23% ва 25% мос равишда) ҳолларда қайд этилди. Беморларнинг 72,5% қизамиқ билан касалланган беморлар билан аниқ мулоқотда бўлган. Қизамиқ касаллиги кўпинча эмланмаган болалар орасида 48,75% ҳолларда учради.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПИРИДОКСИНОМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛИПИДАМИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Рахматуллаева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Дисциркуляторная энцефалопатия - широко распространенное заболевание нервной системы, в развитии которой важную роль играет, наряду с гипертонической болезнью, атеросклероз артерий головного мозга. В этиопатогенезе сосудистых изменений, в том числе и атеросклероза, в зарубежной литературе последних лет важное место отводится увеличению в крови уровня гомоцистеина. Установлено, что гипергомоцистеинемия в основном обуславливается дефицитом пиридоксина, фолатина и кобаламинов.

Цель исследования. Изучить некоторые показатели обеспеченности организма пиридоксином и их взаимосвязь с атерогенными липидами крови у больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 18 больных с дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте 51-70 лет, в том числе 6 больных с клиническими проявлениями судорог. У всех больных изучено содержание 4-пиридоксина (4-ПК) - конечного продукта обмена пиридоксина в моче флюорометрическим способом, пиридоксина-зависимость экспресс-тест методом (с использованием магниевого реактива), а также содержание в крови холестерина и бета-липопротеинов общепринятыми методами исследования.

У всех больных провели полное клинико-неврологическое обследование. Содержание в моче 4-ПК у них оказалось значительно низким - 152 ± 11 мкг/ч, чем у здоровых (198 ± 10 мкг/ч). Экспресс-тест на пиридоксиназависимость у 14 из 18 больных оказался положительным, что свидетельствует о ранней стадии недостаточности пиридоксина. Уровень холестерина в крови составил 214 ± 12 мг%, бета-липопротеинов - 525 ± 14 мг%.

Результаты. После лечения, проведенного с включением пиридоксина, отмечена положительная динамика: увеличилось содержание 4-ПК в моче, пиридоксиназависимость стала отрицательной у всех больных. Содержание холестерина и бета-липопротеинов в крови снизилось.

Вывод. Таким образом, у больных с дисциркуляторной энцефалопатией, особенно с клиническими проявлениями судорог, обеспеченность организма пиридоксином оказалась пониженной, что необходимо учитывать при патогенетическом лечении больных, а также отмечалось нарушение в показателях липидного обмена, в коррекции которых важную роль играет терапия пиридоксином.

АНАЛИЗ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО, ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рахмонова Ф. М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи имеет большое социально-медицинское и общественное значение. Студенты представляют собой особую социальную группу, характеризующуюся специфическими условиями жизни, повышенным нервно-психическим напряжением.

Цель исследования. Проанализировать уровень знаний студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов АГМИ по вопросам профилактики кариеса и гигиены полости рта.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование 240 студентов стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов. В анкету входило 24 вопроса по профилактической стоматологии.

Результаты. Результаты анкетирования показали более высокий уровень знаний проблем профилактической стоматологии студентами стоматологического факультета. Студенты лечебного и педиатрического факультетов недостаточно хорошо разбираются в вопросах профилактики кариеса.

Выводы. Для лучшего усвоения знаний по профилактике основных стоматологических заболеваний необходимо подавать информацию в соответствии с психологическими особенностями современных студентов. Студенты лечебного и педиатрического факультета нуждаются в изучении вопросов профилактической стоматологии.

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Рахмонова Ф. М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Значительные затруднения для практических врачей - стоматологов представляет диагностика патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) при кожных заболеваниях. Обусловлено это, с одной стороны, многообразием заболеваний, проявляющихся в полости рта, а с другой - сходством клинической симптоматики различных по этиологии и, в частности, патогенезу и иммуногенезу заболеваний. Особенно следует подчеркнуть, что заболевания СОПР рассматриваются с позиций целостности организма. Изменения СОПР нередко являются первыми клиническими симптомами при различных соматических заболеваниях, в том числе и кожных. На врача-стоматолога возлагается задача правильной диагностики патологических состояний СОПР при кожных заболеваниях для выбора врачебной тактики.

Цель исследования. Изучить дифференциальную диагностику поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) при различных кожных заболеваниях.

Материалы и методы. На основании изучения истории болезни пациентов, страдающих дерматозами с клиническими проявлениями на слизистой оболочке полости рта, определяли частоту их встречаемости в стоматологии. Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ. На основании систематизации данных по

диагностике дерматозов с конкретной клинической симптоматикой на слизистой оболочке полости рта выявили частоту встречаемости многих форм экссудативной эритемы, пузырчатки и плоского лишая. Исследования по изучению клинических историй болезней проводили на кафедре кожных и венерологических заболеваний. Проанализированы диагностические и лабораторные тесты для подтверждения определенных нозоформ патологии СОПР и выбора лечебной тактики. Изучены данные о причинно-следственных связях поражения слизистой рта при дерматозах. Выяснили факторы риска в развитии патологических состояний СОПР.

Заключение. Ранняя диагностика поражений СОПР играет важную роль в профилактике онкозаболеваний и прогнозировании. Кроме того, знания четкой дифференциации клинических нозоформ заболевания кожи с проявлениями на слизистой рта позволяют своевременно их диагностировать на консультативном участке дерматологов.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БИФИЛАКС У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНВАЗИВНЫМИ ДИАРЕЯМИ

Рашидов Ф.А., Рихсиева Г.М.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Актуальность. Острые инвазивные диареи, вызванные шигеллами, сальмонеллами, УПФ, такими как клебсиеллы, протеи, стафилококки и др. у детей, является актуальной проблемой. Такие инфекции тяжело протекают у детей раннего возраста, имея склонность к генерализации процесса. Генерализация процесса и осложнения чаще наблюдаются у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

Цель работы. Изучение клинико-лабораторной эффективности препарата Бифилакс в комплексном лечении детей больных инвазивными диареями.

Материалы и методы. Для выполнения цели работы обследованы 59 больных детей в возрасте от 1 до 3 лет. У 36 детей заболевание протекало в среднетяжелой и у 23 ребенка – в тяжелой форме. Все дети были разделены на 2 группы. Первая группа (основная)- 17 детей - со среднетяжелой и 12-с тяжелой формой болезни - получали препарат Бифилакс. Вторая группа (контрольная) получали общепринятую терапию (19 детей - со среднетяжелой и 11-с тяжелой формой болезни). Установлено, что длительность симптомов интоксикации и признаков поражения желудочно-кишечного тракта у детей, получавших Бифилакс, была достоверно меньше, чем у детей контрольной группы. Нормализация стула детей основной группы происходила раньше в среднем на 4-5 дней. Установлено более ранняя нормализация копрограммы (в среднем на 5-6 дней) у детей основной группы. Необходимо отметить что, повторная кишечная дисфункция, обусловленная нарушением кишечного микробиоценоза кишечника, наблюдалась только у 2 детей, тогда как у детей контрольной группы кишечная дисфункция наблюдалась у 7 детей.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают на благотворное влияние препарата Бифилакс на клиническое течение острых инвазивных кишечных инфекций, вызванных шигеллами, сальмонеллами, а также условно патогенными микробами, у детей раннего возраста.

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: в мире проводится ряд исследований, направленных на изучение проблем стоматологии, как сочетанные поражения пародонта и внутренних органов. Они занимают видное место, так как для такого рода патологии характерно взаимоотношающее течение заболеваний за счет наличия тесной функциональной связи между пораженными органами. В то же время, у больных ХОБЛ хронический генерализованный пародонтит (ХГП) является фактором, одним из предопределяющим неблагоприятный исход заболевания и резкое снижение качества жизни (КЖ) больных.

Принимаются целенаправленные меры по улучшению качества медицинских услуг в нашей стране, улучшению качества медицинских услуг населению, в том числе раннему выявлению ХГП и эффективному лечению при хронической обструктивной болезни легких.

Цель исследования. Изучить параметры качества жизни у больных хроническим генерализованным пародонтитом сочетанный с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Скрининг-анкетирование по Сизтлскому опроснику проведено у 52 больных. Контрольную группу (КГ) составили 30 здоровых волонтеров. Для решения поставленной цели обследованы 52 больных ХГП при ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 24 до 50 лет, которых разделили на 2 группы: 1-ую группу составили 30 больных ХГП в сочетании с ХОБЛ III-IV степенью; 2-ую группу - 22 больных ХГП без установленной патологии бронхолегочной системы.

Результаты исследования. Установлено, что параметры КЖ снижены у всех больных хроническим генерализованным пародонтитом по сравнению с КГ. Однако выраженность изменений в указанных группах не однозначна. Так, больные 1 группы хуже адаптированы к умеренной физической деятельности, и среди них достоверно чаще наблюдалось резкое ограничение физической деятельности, затруднения при прогулке, что среди больных 2 группы наблюдалось достоверно реже ($P<0,05$) соответственно. У больных ХГП без ХОБЛ установлен более выраженный эмоциональный дистресс, проявляющийся высокими баллами оценки эмоционального состояния, по сравнению с больными 2 группы. Больные 1 группы достоверно чаще испытывали боязнь физической активности, чем больные 2 группы ($P<0,03$).

Выводы:

- у больных хроническим генерализованным пародонтитом с ХОБЛ тяжелой степени достоверно чаще испытывали боязнь физической активности и профессиональной пригодности.

- больные хроническим генерализованным пародонтитом без установленной патологии бронхолегочной системы отмечается более выраженное снижение качества жизни по эмоциональному состоянию и удовлетворенности лечением, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ И ОКСИДАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации» Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан*

Актуальность проблемы: в последние годы хронический генерализованный пародонтит (ХГП) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) была признана одной из наиболее распространенных медицинских проблем среди населения, с серьезными социально-медицинскими и экономическими последствиями. Повышение эффективности ранней диагностики, профилактики и лечения ХГП при хронической обструктивной болезни легких является одной из актуальных проблем, стоящих сегодня перед медицинскими работниками.

Цель исследования. Изучить влияние активности перикисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) на состояние эндотелиальной функции у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких в динамике лечения глицерозином на фоне базисной терапии.

Материал и методы. Было исследовано 22 больных с ХГП в сочетании с ХОБЛ III-IV степени и 30 здоровых лиц. Анализировали содержание малонового диальдегида, хемилюменисценцию. Допплерографией измеряли максимальную систолическую скорость кровотока, индекс циркуляторного сопротивления сосудов.

Результаты. Интенсификация процессов ПОЛ сопровождалась высокими показателями хемилюменисценции мембран эритроцитов по сравнению с группой здоровых лиц в 2,7 и 3,2 раза соответственно. Снижение коэффициентов малонового диальдегида к хемилюменисценции на 16,8% по сравнению с данными у здоровых лиц ($p < 0,05$). Выявлена прямая зависимость нарушения системы ПОЛ и АОС с функциональной активностью эндотелия периферических сосудов. Исходно у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких максимальная систолическая скорость кровотока достоверно ниже чем у здоровых лиц ($p < 0,05$), в то время как индекс циркуляторного сопротивления сосудов характеризующий сосудистый тонус, соответственно выше чем в группе здоровых лиц ($p < 0,01$). У больных получавших на фоне базисной терапии глицерозин отмечено улучшение процессов АОС и способности сосудов к активной эндотелий зависимой вазодилатации.

Выводы:

1. Оксидативный стресс у больных хроническим генерализованным пародонтитом при ХОБЛ носит не только местный, но и системный характер.
2. Глицерозин на фоне БТ улучшает процессы АОС и эндотелиальную функцию у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования изучить влияния хронических вирусных гепатитов, на навыки, определяющие проблемно решающее поведение у больных параноидной шизофренией.

Материал и методы Исследование проводилось на базе Ташкентской городской клинической психиатрической больницы. Было обследовано 64 больных с верифицированным диагнозом в соответствии с МКБ-10 параноидная шизофрения (F-20.0). Группу исследования составляли 43 больных. Критерием отбора служило наличие сопутствующего диагноза - хронический вирусный гепатит С (ХГС) и хронический гепатита В (ХГВ), из группы исследования исключались респонденты, имеющие другие хронические заболевания. В группу сравнения вошли 21 пациент с диагнозом параноидная шизофрения без острой или хронической соматической патологии. Для достижения поставленной цели были использованы экспериментально-психологические и клинко-статистические методы исследования. Оценка психопатологического статуса проводилась при помощи шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS). Проблемно-решающую функцию нейрокognитивного пула оценивалась следующим образом: решение задачи «пирамида Ханоя» с заданными параметрами - состоит из трех стержней и четырех колец с минимальным количеством ходов по формуле $2^n - 1$, где n — число дисков. Второй задачей оценки проблемно-решающего поведения являлся тест Tower of London Test, разработанный T.Shallice [Shallice, 1982] состоящий из 10 заданий, структурированных и унифицированных для всех респондентов форме.

Результаты. Исследование проблемно решающего поведения показало, что время для оценки задания, принятия решения и начала решения задачи у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами в среднем было несколько больше $15 \pm 0,7$ сек., чем у группы сравнения $8 \pm 0,4$ сек., при этом нельзя говорить, что оно затрачивалось на более глубокий анализ и выбор оптимальной стратегии решения задачи, так как последующее решение не отличалось большой точностью. Тактика решения задачи у больных в группе исследования значительно отличалась от группы сравнения. В основной группе 19 (44,1%) больных при допущении ошибок начинали задание с начала и допускали аналогичные ошибки по три и более раз, 6 (13,9%) больных после нескольких попыток и ошибок отказались от

дальнейшего выполнения теста, 3 (6,9%) после повторной ошибки проявили агрессию к материалу тестирования. В основной группе 15 (34,8%) больных во время проведения тестирования при допущении стратегических ошибок не повторяли их в дальнейшем, учитывая предыдущий опыт. В группе сравнения только 3 (14,28%) отказались от выполнения теста после нескольких ошибок, 12 (57,1%) больных учитывали предыдущие ошибки и их не совершали, 6 (28,5%) по несколько раз совершали аналогичные ошибки.

Выводы Больные параноидной шизофренией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами значимо хуже воспринимают получаемую новую информацию, им намного сложнее провести анализ своих ошибок и использовать полученный опыт в решении поставленной задачи, возможно, это косвенно свидетельствует о более глубокой дезинтеграции когнитивных функций, вызванных сопутствующими патологиями.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучить особенности социальной адаптации и качества жизни пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.

Материал и методы исследования: В основную группу было включено 62 пациента, поступивших в Городскую клиническую психиатрическую больницу г.Ташкента с достоверно верифицированными на основании критериев МКБ-10 диагнозами параноидной шизофрении (F20.0), имеющих хронический вирусный гепатит В. Группу сравнения составили 32 пациента с параноидной шизофренией без сопутствующего поражения печени. В качестве методов исследования применялись клинико-психопатологический, катamnестический, психометрический, клинико-лабораторные, статистические методы. Нами применялись «Шкала продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS. Для оценки качества жизни больных применялся опросник, разработанный С.Ю. Масловским и В.Л. Козловским (2009) в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им.В.М.Бехтерева на базе инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ.

Результаты: Из 62 обследованных, вошедших в основную группу, 51,6 % составляли женщины (n=32), 48,4 % – мужчины (n=30). Средний возраст $38,6 \pm 10,2$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,6 \pm 8,5$ года. В группе сравнения из 32 обследованных 53,1 % составляли женщины (n=17), 46,9 % – мужчины (n=15). Средний возраст $40,53 \pm 13,01$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,5 \pm 10,1$ года. Анализ типов социально-трудовой адаптации выявил преобладание в обеих исследуемых группах деструктивного типа адаптации. Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации (к которому отнесены интегративный и экстравертный типы) выявлен у 12 пациента (19,3 %) в основной группе и у 13 пациента (40,6 %) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой (включающий деструктивный и интравертный типы) адаптации выявлен у 50 пациентов (80,6 %) в основной группе и у 19 пациентов (59,4 %) в группе сравнения. В основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации ($p=0,008$). У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных. При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп, с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по субшкалам «способность выполнять повседневные дела» ($U=2233,0$; $Z=-2,4$; $p=0,02$) и «личные отношения» ($U=2338,0$; $Z=-2,03$; $p=0,04$). Данные показатели были достоверно ниже у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в сочетании с хроническими вирусными гепатитами.

Выводы: Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что пациенты, страдающие шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеют достоверно более низкий уровень социально-трудовой адаптации и показатели качества жизни в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии, что говорит о необходимости нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией.

СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШИ ВА МАО ФАОЛЛИГИНИНГ ЎЗГАРИШИ

Роҳибжанов А.Р., Таштемирова И.М., Қодирова Г.И., Вахобов Б.М., Исаков А.А., Сотволдиев Ф.И.

Андижон давлат тиббиёт институти

Қириш: БЖСТ маълумотиға кўра, юрак-қон-томир касалликлари ичида ўлимнинг асосий қисми юрак ишемик касаллиги (ЮИК) тўғрисида ҳар йили 12 млн. аҳолини ҳаётдан олиб кетади. ЮИК касаллигида липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнининг ўзгариши ва МАО фаоллигининг аниқлаш микдорини аниқлаш диагностикада аҳамиятга эга. Ҳозирги замон тиббиётида стабил стенокардияда бир вақтда МАО фаоллиги ва липидларнинг пероксид оксидланиш жараёни ўзгаришининг бир-бирига боғлиқлигини ўрганишда маълумотлар тўла етарли эмаслиги бизда қизиқиш уйғотди.

Илмий ишнинг мақсади: Стабил стенокардия билан оғриган беморларда липидларнинг пероксид оксидланиши ва МАО (моноаминоксидаза) ферменти фаоллиги ўзгаришининг боғлиқлигини ўрганиш.

Текшириш усуллари ва натижалар: Липидларнинг пероксид оксидланиш фаоллигини аниқлаш учун В.Б.Гаврилов, А.Р.Гаврилова ва А.М.Мажул методлари ишлатилган. Қон зардобиди МАО фаоллигини А.И.Балаклеевский томонидан тавсия қилинган усул бўйича аниқладик. Беморларда клиник лаборатор текширишлар,

ЭКГ, рентгенологик текширувлар ҳам ўтказилди. Жами 36 нафар беморлар текширувга олиниб, 4 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳи (14 нафар) соғлом кишилар, II гуруҳ – стабил стенокардия ФС I билан хасталанган беморлар (10 нафар), III гуруҳ - стабил стенокардия ФС II билан хасталанган беморлар (8 нафар), IV гуруҳ – стабил стенокардия ФС III билан хасталанган беморлар (18 нафар). Беморларнинг ёши 29-69 ёшгача бўлиб, ёш ўсиб борган сари касалликнинг учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Текширишларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. Хусусан, ЛПО жараёнлари оксидланган ПЗЛП тўпланишини яратиб беради ва бу ўз навбатида микроциркуляциянинг бузилишига, организмда метаболик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. ЛПО маҳсулоти ҳисобланган малон диалдегидининг қондаги миқдорини соғлом ва ЮИК аниқланган беморлар орасида солиштирганда, беморларда кўтарилиши аниқланган. Стабил стенокардия ФС I билан ФС II билан беморларда МДА миқдори 59,8% (1,2 баробар) назорат гуруҳ кўрсаткичларидан юқори ҳисобланади. Стабил стенокардия ФС III аниқланган беморларда ушбу кўрсаткичларнинг янада кўпроқ кўтарилганини аниқладик. МДА миқдори ушбу гуруҳда $7,41 \pm 0,2$ нмоль/мл. ни ташкил қилган, бу ўз навбатида 78,2%га (2,1 баробар) контрол гуруҳ ва 37,8%га қолган гуруҳ кўрсаткичларидан юқори бўлган. Бу кўрсаткичлар бизга, стабил стенокардияда патологик жараёнларнинг оғирлашиб кетишига тахмин қилиш учун асос беради. МАО фаоллиги ва МДА миқдори ўртасида ўтказилган корреляцион таҳлил, биринчи марта пайдо бўлган стенокардия ўртасида унчалик сезиларли боғлиқлик йўқлигини кўрсатди, Стабил стенокардия ФС III аниқланган беморларда корреляция кўрсаткичлари янада сезиларлироқ бўлган. Тахминан, ушбу ҳолатда МАО фаоллигини пасайтирувчи омил, ЛПО маҳсулотларини ҳаддан ташқари тўпланиши ҳисобланади. Илмий тадқиқотнинг биринчи кунлари текширилаётган беморларда МАО фаоллигининг сезиларли даражада пасайиши кузатилди. Унга кўра, стабил стенокардия ФС II кузатилган беморларда МАО миқдори ўртача $0,042 \pm 0,0013$ бирлик/экст.ни ташкил қилган, бу 35,7%га назорат гуруҳ кўрсаткичларидан паст бўлган. МАО фаоллигининг кескин пасайиши стабил стенокардия ФС III билан оғирган беморларда аниқланди, жумладан $0,036 \pm 0,002$ бирлик/экст.га тенг бўлиб, 57,8% (2,1 марта) назорат гуруҳидан ва 18%га II-III гуруҳ беморлар кўрсаткичларидан паст бўлди. Соғломларда ушбу кўрсаткич $0,08 \pm 0,007$ бирлик/экст.га тенг бўлган.

Таҳлиллар: Бизнинг текширишларимизда аниқландики, қон зардобиди малондиалдегид даражаси ушбу патологиялар билан бирга кечса ортади. Баъзи бир патологик жараёнларда МАО фаоллигининг каталитик хусусиятини миқдорий ва сифатий қайталанувчан ўзгаришлари кузатилади. Эркин радикал ЛПО жараёнининг кескин кучайиши аниқланди. Маълумотларга кўра, МАО фаоллигига ЛПО жараёнларининг кучайиши ҳам қатта таъсир кўрсатади. Натижаларимизга кўра, МАО фаоллиги сусайган. ЛПО даврида МАО биоген аминни асосий ферменти трансформацияга учрайди. Натижада уларнинг моноаминларга фаоллиги сусаяди. Текширишларимиз натижасида текширилаётган беморларда МАО фаоллигини сезиларли даражада пасайиши аниқланди. Ўтказилган изланишлар шуни кўрсатадики, МАО фаоллигидаги ва ЛПО тизимидаги сезиларли ўзгаришлар анчагина аниқланди. Бунга МАО фаоллигининг миқдори ва каталитик хусусиятларининг пасайиши, МДА даражасининг ошиши ва дислипидемия ҳолатларининг стабил стенокардияда аниқланиши яққол тасдиқ бўла олади. ЛПО жараёнлари оксидланган ПЗЛПнинг ошишига олиб келади ва бу микроциркуляцияни издан чиқаради. МАО ферменти КАларнинг дезаминланишига масъул бўлганлиги ҳам аниқланган.

Умуман олганда ЮИҚда липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнларини даражасини ортиши липопероксидация ҳолатларини ортиши ҳақида гувоҳлик беради.

Хулоса: Шундай қилиб, стабил стенокардия билан хасталанган беморларда липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнларининг фаоллигини ортиши ва МАО фаоллигини ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобиди МДА даражасини 2 баробар ортиши липопероксидация жараёнини интенсификациясини кўрсатади. Текширишларимиз натижасида текширилаётган беморларда МАО фаоллигини сезиларли даражада пасайиши аниқланди. Ўтказилган корреляцион таҳлил натижаларида липидларнинг пероксид оксидланиш жараёни билан МАО фаоллиги ва липидлар спектри ўртасида ўзаро алоқадорлик борлиги аниқланди.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

*Рустамова И.К., Касымова С.А., Орипов Ш.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Развитие нейropsychологических методов исследования во второй половине XX века позволило перевести дискуссию о наличии или отсутствии когнитивных нарушений при БП на более строгую научную основу. В серии отечественных и зарубежных работ в 80–90-х годах прошлого столетия были получены неоспоримые доказательства того, что когнитивные функции подавляющего большинства пациентов с БП нарушены по сравнению с лицами того же возраста без данного заболевания [1,4].

Цель исследования. Исследовать выраженность когнитивных нарушений при болезни Паркинсона в зависимости от формы, стадии и темпа прогрессирования заболевания

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с болезнью Паркинсона (БП), которые получали стандартную специфическую противо-паркинсоническую фармакотерапию. Возраст пациентов варьировал от 41 до 85 лет, средний возраст составил $66,4 \pm 9,0$ года. Диагноз устанавливали согласно общепринятой международной классификации болезней. Специальный код рубрики для БП - G20 по МКБ- 10 [МКБ-10,1995]. Степень тяжести БП определяли с помощью Унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений БП (Unified Parkinson's Disease Rating Scale - UPDRS) [Fahn S. et al., 1987]. Стадию заболевания оценивали по шкале Хен и Яру (M.Hoehn & M.Yahr, 1967). Когнитивный статус анализировали с помощью шкалы краткого исследования психического статуса (Mini-Mental State Examination - MMSE) [Folstein M.F. et al., 1975].

Результаты исследования. У обследованных больных (50 человек), включённых в исследование, было выявлено незначительное преобладание лиц женского пола (64%). Средняя длительность БП у наших больных составила $8,7 \pm 4,9$ года. Исследование когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона в зависимости от клинической формы болезни отмечены при межгрупповом сравнении дрожательной и смешанных форм статистически значимые

отличия между группами. Так, при дрожательной форме регистрировали наиболее высокие показатели познавательных функций по всем проводимым шкалам и зафиксировали наибольшее число (45,6 %) пациентов без когнитивных нарушений ($p < 0,0001$). При смешанных формах БП наблюдали наиболее низкие результаты нейропсихологического тестирования $p < 0,0001$. Сравнение смешанных форм между собой показало статистически значимые различия познавательных нарушений у лиц с акинетико-ригидно- дрожательной и акинетико-ригидной, а также дрожательно-акинетической формами ($p < 0,050$). Так, по шкале MMSE умеренные когнитивные расстройства чаще регистрировали при акинетико-ригидно-дрожательной форме (33,3 %), деменцию лёгкой степени - при дрожательно-акинетической (45,8%), умеренную и тяжёлую деменцию - при акинетико-ригидной форме (42,3 %).

Выводы. Когнитивные расстройства наблюдались у 88,8 % пациентов с болезнью Паркинсона, при этом умеренные когнитивные нарушения имелись у 36,1 % и деменция — у 63,9 % больных. При болезни Паркинсона преобладают дисрегуляторные и нейродинамические расстройства, нарушения зрительно-пространственных функций и номинативной функции речи.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДСЕСТЕР ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рустамова Х.Е., Нуралиева Н.Б.

Ташкентская медицинская академия

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Профилактика болезней в рамках первичной медико-санитарной помощи имеет два основополагающих аспекта. Первый включает круг технических вопросов о действенности и приемлемости использования инструментов профилактики. Второй касается подходов в организации профилактической деятельности и включает, в том числе, распределение обязанностей персонала первичного звена, что до настоящего времени остается дискуссионным вопросом.

В условиях нехватки медицинских кадров, в частности врачей общей практики на местах, сестринский персонал, должен рассматриваться как ценный ресурс здравоохранения для предоставления населению доступной, приемлемой и экономически рентабельной помощи в области профилактики заболеваний в первичном звене здравоохранения.

Цель исследования. Изучить уровень знаний патронажных медсестер по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и провести статистический анализ проведенного анкетирования.

Результаты и обсуждение. Было проведено анкетирование среди 383 патронажных медсестер, что составила 17,7% всех патронажных медсестер, работающих в СГП, СВП, ССП Хорезмской области. Из них были в возрасте до 20 лет - 1,3%, 20-30 лет -26,9% , 30-40 лет -39,7%, 40-50 лет - 25,3%, старше 50 лет- 6,8%.

В анкетировании участвовали медсестры с высшим образованием - 6% и со средне -специальным образованием - 94% . В анкете были заданы ряд вопросов, касающихся проведения патронажа и мероприятий по профилактике ССЗ. Патронажными медсестрами обслуживается население всех возрастов, однако в связи с ССЗ в их сфере внимания находятся в основном лица пожилого и старческого возрастов. На вопрос какие медицинские услуги, осуществляются в ходе патронажа - 97,9% указали на измерение артериального давления, причем 95,0% опрошенных ответили, что АД измеряется ими при каждом визите, 5,0% измеряют когда их просят. Необходимо отметить, что почти все медсестры (98,4%) всегда при себе имели прибор для измерения АД, 1,3% иногда и 0,3 % не носят с собой прибор во время патронажа. На вопрос как часто нужно измерять АД , почти треть (34,5%) респондентов считают, что АД необходимо измерять 2 раза в день, 48,3% рекомендуют измерять АД по состоянию самочувствия, 17,2% считают, что АД необходимо измерять по рекомендации лечащего врача.

По данным опроса, к наиболее часто встречающимся к заболеваниям сердечно-сосудистой системы относятся гипертоническая болезнь, далее стенокардия, инфаркт миокарда. Большая часть медсестер не смогли дать правильный и полный ответ на вопрос о симптомах сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, основная часть респондентов располагают информацией о факторах риска, способствующих развитию ССЗ. Вред курения отметили 99,0% опрошенных, 92,2% считают фактором риска стрессы, все единогласно отметили фактором риска ССЗ избыточный вес и при посещении пациентов рекомендуют (96,6%) правильное питание (овощи и фрукты, рыбу, постное мясо, обезжиренные молочные продукты, яйца, ограничение соли, жиров, отказ от вредных привычек). 82,8% опрошенных отметили, что измеряют вес пациентов старше 40 лет - при каждом их визите в поликлинику СВП, 13,1 % -иногда, для документации, 3,1% - прикидывают вес на глаз. В рекомендациях по профилактике ССЗ особое место медсестры уделяют следующим физическим нагрузкам - ходьбе в быстром темпе ежедневно не менее 30 минут (28,5%), занятия подвижными играми (18,3%), велосипедные прогулки (9,1%) и 11,5% все проводить в комплексе. При выявлении симптомов ССЗ (78,9%) опрошенных направляют в АПУ, в кардиологический центр (11,2%), к знакомому врачу (0,5%). Необходимо обратить внимание, что в 100% случаев медсестры при проведении патронажа контролируют выполнения предписаний врача по поводу заболеваний ССС.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ.

Салахитдинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди прочих проблем ситуация с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ – инфекции, заслуживает особого внимания. Это в определенной степени связано с не изученностью аспектов эмфиземы легких (ЭЛ), как основная часть ХОБЛ, у популяции ВИЧ – инфицированных (ВИЧ ЭЛ).

Цель исследования. Изучение эпидемиологических и профилактических особенностей эмфизема легких на фоне ВИЧ – инфекции.

Материалы и методы. Эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке (507 чел.) популяции ВИЧ – инфицированных с использованием эпидемиологических, биохимических и инструментальных методов.

Результаты и выводы. ВИЧ ЭЛ на уровне популяции, установлена сравнительно меньшей распространенностью (3,0%). С высокой частотой характеризовалась у ВИЧ – популяции мужчин (9,5%). Чем у ВИЧ – женщин (4,9%); $P < 0,05$.

В зависимости от возраста ВИЧ ЭЛ регистрировалась следующим образом: в возрастном диапазоне 20 – 29 лет – 3,7%, 30 – 39 лет – 5,6%, 40 – 49 лет 14,3% и 50 – 59 лет – 14,3%. В целом, в зависимости от возраста ВИЧ – популяции выявляемость эмфиземы легких увеличивается до 14,3% или более чем в 4 раза ($P < 0,01$).

Такому анализу доступной литературы мы не встретили и кроме того, нам показался интересным изучение эпидемиологических показателей факторов риска ВИЧ ЭЛ в различных возрастных группах обследованных. Из наших данных следует, что начиная с 30 – летнего возраста ВИЧ – популяции отмечается резкий “скачок” в показателя факторов риска ВИЧ ЭЛ.

Распространенность курения регистрируется в связи возрастом с увеличением на 45,7%, ($P < 0,001$), артериальной гипертензии на 22,8% ($P < 0,001$), избыточной массы тела на 2,5% ($P > 0,05$), избыточного потребления алкоголя на 40% ($P < 0,01$), нерационального питания на 35,2% ($P < 0,01$) и потребление наркотических веществ на 31,5% ($P < 0,01$).

В целом, полученные нами данные указывают на высокую распространенность известных общих факторов риска неинфекционных патологий у популяции ВИЧ ЭЛ. Требуется активное проведение профилактических мероприятий устранения выявленных приоритетных факторов риска, “прицельного” обследованию и дифференцированному лечению в обследованных группах высокого риска, контингента популяции ВИЧ – инфицированных.

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ВИЧ – ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ: ПУТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

*Салахитдинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

В современных исследованиях указываются, что синдром бронхиальной обструкции, особенно хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) лишь у каждого четвертого населения диагностируются своевременно, а в 75% случаев имеет место запоздалая диагностика и следовательно, наблюдается несвоевременная и нерационального профилактика. Это приводит к росту пульмонологических “конечных точек”.

Цель исследования. Определение путей ранней профилактики ХОБЛ на основе популяционных данных у ВИЧ – позитивного населения (ВИЧп - население).

Материалы и методы. Одномоментное эпидемиологическое исследование у 507 ВИЧп – населения, скрининговый мониторинг ХОБЛ с применением общепринятых и стандартизованных методов ВОЗ (2014).

Результаты и выводы: скрининг показывает, что на фоне ВИЧ – инфекции ХОБЛ диагностируется с высокой частотой (до 39,1%). В структуре данной патологии преобладает синдром частично необратимой бронхиальной обструкции (25,4%) по сравнению со синдромом полной необратимой обструкции (10,7%), то есть ранняя выявляемость этих двух форм бронхиальной обструкции разнятся в 2,2 раза ($P < 0,01$). При сопоставлении отмеченных данных оказалось, что данные формы бронхиальной обструкции у мужчин наблюдается с распространенностью – по 62,1% и 28,4% ($P < 0,01$), а у женщин – по 69,5% и 25,6% ($P < 0,01$). Обращает на себя внимание факт о том, что отдельные формы бронхиальной обструкции среди ВИЧп – мужчин и ВИЧп – женщин отмечается со статистически незначимым отличием ($P > 0,05$).

Нами также было замечено, что ХОБЛ у ВИЧп – населения с возрастом увеличивается в 3,3 раза ($P < 0,01$) – от 25,8% до 67,5%. Существенно высокие показатели распространенности ХОБЛ имелись в возрастных группах 40 – 49 лет (75,4%) и 30 – 39 лет (37,8%). Сравнительно низкие показатели ХОБЛ на фоне ВИЧ – инфекции отмечались в группах обследованных 20 – 29 лет (29,9%) и 30 – 39 лет (37,8%). Процент ВИЧп – населения с частичной необратимой бронхиальной обструкцией увеличивается с 66% (в 20 – 29 лет) до 67,4% (в 30 – 39 лет); других возрастных группах регистрировалась с частотой – 61,2% (в 60 – 69 лет).

ХОБЛ с полностью необратимой бронхиальной обструкцией в разных возрастных группах также выявлялась со заметными различиями следующим образом: среди ВИЧп – населения в возрасте 20 – 29 лет – 35,8%, в 30 – 39 лет - 26,9%, в 40 – 49 лет – 24,5%, в 50 – 59 лет – 28,5% и 60 – 69 лет – 50%. Как видно, с возрастом ХОБЛ в данной клинической формой диагностируется с разницей в частоте распространенности на 25,5% ($P < 0,05$).

В целом, по нашему мнению, в организации профилактических мероприятий следует учитывать, что у ВИЧп – населения ХОБЛ, во всех клинических её основных вариантах, является с возрастом развивающийся/прогрессирующий патологией – от менее выраженных к более выраженным “эпидемиологическим”, клиническими и донозологическими проявлениям.

ВИЧ ИНФЕКЦИЯ ЗА КАЧЕСТВЕ ОСОБОГО ТРЕБУЮЩЕГО СКРИНИНГОВОГО НАДЗОРА, ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ

*Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Современные исследователи утверждают, что ВИЧ – инфекция особая, она угрожает существованию самого рода человеческого как биологического вида. Болезнь смертельна и если не удаляется в ближайшие годы найти эффективные средства и методы профилактики этого заболевания, перед человечеством встанет реальная угроза вымирания.

Цель исследования. Изучение особенностей выявляемости и клинического течения хронических обструктивных болезней легких на фоне Вич - инфекции.

Материалы и методы. 2 - летний скрининг у 507 ВИЧ - инфицированного населения, мониторинг хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) с применением унифицированных и стандартизованных опросных, клинических, инструментальных методов.

Результаты и выводы. На фоне Вич - инфекции ХОБЛ установлена с высокой частотой 39,1%. Обращает на себя внимание факт сравнительно более редкого (в 1,6 раза) выявления у ВИЧ - инфицированных женщин ($P < 0,05$). В отдельных возрастных группах наблюдаются со следующими показателями распространенности: в 20 - 29 лет - 25,8% в 30 - 39 лет - 37,8%, в 40 - 49 лет - 75,4% и в 50 - 59 лет - 87,5%. С возрастом распространенность ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции увеличивается на 61,7%, то есть в 3,4 раза ($P < 0,01$).

Интересным представляется данные о распространенности ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции в зависимости от степени её тяжести. Мы в ходе нашего исследования провели такого анализа. Было выявлено, что на фоне ВИЧ - инфекции распространенность ХОБЛ, я определен по степени тяжести, я была следующей: ХОБЛ I – й стадии - 3,3%, ХОБЛ

II - й стадии - 8,2%, ХОБЛ – III - й стадии - 1,6% и ХОБЛ IV - й стадии - 11,2%.

Необходимо учитывать и то, что среди ВИЧ инфицированных больных в основном наблюдается тяжелые (16,4%) и крайне тяжелые формы (11,2%) ХОБЛ. С легким течением выявлено лишь в 3,3% случаев, а в 8,2% случаев отмечено ХОБЛ средней тяжести течением ($P < 0,001$). Очевидно что ХОБЛ IV - й стадии по сравнению с ХОБЛ I - й стадии, на фоне ВИЧ инфекции встречаются в 3,4 раза больше ($P < 0,001$), а ХОБЛ III - й стадии выявляется с увеличением в 5 раза ($P < 0,001$). Среди популяции ВИЧ - инфицированных ХОБЛ II - й стадии по сравнению с ХОБЛ I - й стадии наблюдается с увеличением в 2,4 раза ($P < 0,01$).

Следовательно, можно будет утверждать, что ВИЧ - инфекция является, несомненно, сравнительно сильным фактором риска развития утяжеление ХОБЛ, что требует пристального эпидемиологического постоянного надзора и активного профилактирования среды ВИЧ - инфицированного населения.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫХ ОТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Салохиддинов О., Ташматова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Важность проблемы борьбы с артериальной гипертензией (АГ) продиктовано высокой заболеваемости и смертности населения от этой нозологией.

Цель исследования. Изучение смертности от инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ), связанных с АГ за 3 года функционирования программы борьбы от этой болезни.

Материал и методы исследования. Мы в двух районах Андижанской области провели скринирующие исследования на предмет АГ в возрасте 18-69 лет. 310 лиц с АГ лечили сами исследователи (группа вмешательства – ГВ) и 20% выборки из популяции лечили практические врачи (группа сравнения- ГС). В обеих группах изучали смертности от ИМ и МИ

Результаты исследования. Сравнение суммарного показателя смертности от ИМ между ГВ и ГС показывает, что за 3-года в ГВ умерло 6-больных (1,8% на 1000 человек), а в ГС-8 (2,5%). Хотя разница была статистически незначительный, но всё же смертность в ГВ ниже, чем ГС. Если анализировать смертность от ИМ по полу и возрасту, то из 14 смертных случаев 11 случаев (78,5%) отмечено у мужчин, причем 8 из них (71%) наблюдалось в возрасте 40-59 лет. Аналогичные данные получены и по смертности МИ. Так, из 13 случаев смерти от МИ 10 случаев (77%) отмечены у мужчин. Из них 8 случаев (80%) констатирована в возрасте 40-59 лет. Изучение смертности от МИ и ИМ суммарно в ГВ и ГС, показывает что, в ГВ она составляет 2,3 на 1000 населения, а в ГС 3,9. **Заключение.** Анализ констатирована, что в результате регулярного лечения смертных от ИМ и МИ была меньше в ГВ, чем в ГС.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ

*Салохиддинов О., Ташматова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Из-за широкого распространения артериальной гипертензии (АГ), правильное организации медикаментозного лечения ее приобретает широкое значение.

Цель исследования. Оценить результаты непрерывной медикаментозной терапии АГ от эффективности лечения.

Материалы и методы исследования. Скринирующим методом исследования популяции выявили лиц с АГ. Согласно протокола исследования 310 лиц с АГ в возрасте 18-69 лет лечили сами исследователи (ГВ). Наблюдение велось в течении 3 года. Лечение считали эффективным при снижении ДАД до и ниже 90 мм.рт.ст.

Результаты исследования. Снижение уровня ДАД с исходным отмечалось и в ГВ и в ГС. Однако, у лиц относящихся к группе эффективно леченных, снижение ДАД была более выраженным (от 17,4 до 18,4 мм.рт.ст.), чем в ГС (5,7 до 6,7 мм.рт.ст.). Снижение уровня ДАД в обеих группах с исходным было статистически значимым. Эффективность лечения была лучше у женщин, нежели чем у мужчин и зависело от регулярности лечения. У регулярно леченных эффективность лечения оказалось у 81,8% случаев.

Заклучение. Эффективность лечения зависит от регулярности лечения. Регулярность лечения зависит от активности патронажных мед. сестер. Они с большим успехом занимаются разъяснительной работой, так как они часто ближе к больным и ее членов семьи, чем врач. Кроме того к эффективному лечению помогает регулярный ежемесячный контроль за состоянием АД, борьба с курением и употреблением алкоголя и рекомендации по снижению массы тела.

АНАЛИЗ СМЕРТНЫХ СЛУЧАЕВ ОТ МЕСТА НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ, ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА И ДНЕЙ НЕДЕЛИ

Салохиддинов О., Ташматова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Немаловажное значение смертных случаев от инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ) от места наступления смерти, от времени года и дни недели.

Цель исследования. Изучить место наступления смерти, случаев смерти от времени года и дни недели при проведении профилактики артериальной гипертонии (АГ) в условиях села.

Материал и методы исследования. За 3 года функционирования программы борьбы с АГ в двух сельских районах Андижанской области среди 10407 лиц изучали смертности от ИМ и МИ.

Результаты исследования. В течении 3 лет констатируется 27 смертных случаев от ИМ и МИ. Из них у 17 (63%) смерть наступила дома. Это говорит о том, что оказание специализированной медицинской помощи к таким категориям заболевания на селе еще не на должном уровне.

Если проследить распределение случаев внезапной смерти от времени года, то наблюдается некоторые увеличения числа случаев смерти от ИМ (9 случаев) и от МИ (8 случаев) в холодное время (1-3 и 11-12 месяцы года). В то время как в теплые месяцы констатируется 4 случаев ИМ и 5 случаев МИ.

При изучении распределения случаев внезапной смерти от ИМ и МИ по дням недели, обращает на себя внимание тот факт, что в конце недели и в понедельник число случаев больше чем в другие дни.

Заклучение. При проведении профилактики смертности среди сельского населения от ИМ и МИ необходимо учесть указанной в данной работе времени года и дни недели. Необходимо их своевременно госпитализировать в стационар.

ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Салохиддинов О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Для вторичной профилактики артериальной гипертонии (АГ) немаловажное значение имеет изучение медицинской ее эффективности.

Цель исследования. Изучение среди обследованных динамику общей смертности за три года функционирования программы борьбы с АГ.

Материал и методы исследования. Оценка медицинской эффективности проводилось путем регистрации общей смертности в течении 3- года всю популяцию вмешательства (ГВ), а также 20% выборки из популяции сравнения (ГС).

Результаты исследования. За 3-года проспективного наблюдения в ГВ была зарегистрирована в возрасте 18-59 лет 110 случаев смерти из общего числа (8406) обследованных. Общая смертность в ГВ составила 13,2% на 1000 человек, а в ГС из 2501 обследованных лиц умерло 46 человек т.е. 22,4% случаев. Разница смертности между ГВ и ГС были статистически значимы ($P < 0,001$). Если проследить общую смертность по годам наблюдения, то в ГВ отмечалось снижение его от 4,9 до 4,1%, тогда как в ГС, наоборот, отмечалось статистически значимые его повышения т.е. от 4,4% до 10%. Анализ общей смертности по возрастным группам показывает, что в возрасте 18-29 лет и 30-39 лет в ГВ умерло 28,9%, 13,3% лиц, а в ГС 15,2%, 17,8% соответственно. В возрасте 40-49 лет и 50-59 лет в ГВ умерло 22,2%, 26,5% лиц, а в ГС 32,3 и 41,4% соответственно. Среднегодовой показатель общей смертности в ГВ составляет 4,4% на 1000 населения в год, а в ГС 7,5%.

Заклучение. Таким образом, изучение общей смертности показывает статистически значимое снижение общей смертности в ГВ и такая тенденция сохранялась и на третьем году осуществления программы.

УЧАСТИЕ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ СЕЛА

Салохиддинов О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Организация профилактических исследований в условиях первичного звена здравоохранения села приобретает особое значение.

Цель исследования. Определить роль патронажных медицинских сестер сельских врачебных пунктов (СВП) в осуществлении профилактики артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы исследования. При проведении скринингового исследования по профилактике АГ среди сельского населения мы активно привлекли патронажных мед. сестер СВП. Неоднократно им провели тренировочные занятия по измерению артериального давления (АД), изучению методики лечения АГ. Все танометры провели через лаборатории Госстандарта для выяснения их годности к измерению АД. Обследование населения провели в СВП.

Результаты исследования. В СВП врач в присутствии патронажных мед. сестер определяет схему лечения лиц с выявленной АГ, находящихся в зоне их обслуживания. Далее мед. сестры при активном посещении на дому больных, контролируют прием лекарства больным, регулярно измеряли их АД, фиксируют данные в лист динамического наблюдения, при надобности отправляют их в СВП на осмотр врача, следят за соблюдением больных режима питания и за побочными действиями лекарств.

Заключение. Активное привлечение патронажных мед. сестер к профилактической работе по АГ позволили провести ее по всей совокупной популяции с большой эффективностью. Это будет более совершенной системой диспансеризации больных с АГ

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАТАМНЕЗА)

Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Козимжонов И.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Подростковый возраст расценивается как критический период, когда в силу биологической и психологической перестройки существенно повышается риск психических расстройств, в том числе тяжелых, препятствующих социализации подростков, требующих медицинской коррекции.

Цель исследования. Выявление клинико-динамических закономерностей, характеризующих возрастную динамику психических расстройств, диагностированных как патологический пубертатный криз, для уточнения по данным катамнеза клинических границ этих состояний и совершенствования принципов их диагностики, судебно-психиатрической оценки.

Материал и методы исследования. Проанализированы 162 клинических наблюдения лиц, прошедшие судебно-психиатрическое освидетельствование в АОПНД: 74 наблюдения являются собственными, из 88 проанализированных по данным архива преобладали лица мужского пола (93,3%). Возраст обследованных на момент катамнестического исследования - от 20 до 47 лет (средний возраст - $25,2 \pm 6,25$ лет).

Результаты исследования. При анализе преморбидных (до манифестации ППК) параметров, которые могут быть отнесены к категории предикторов возрастной динамики исследованных состояний, выявлены: высокая наследственная отягощенность (70,6%): в 43,4% - алкоголизмом, в 21,32% - шизофренией; значимые перинатальные вредности - неблагоприятный родовой анамнез (42,2%), неправильное ведение послеродового периода (21,1%), ранняя постнатальная патология (27,8%); экзогенные вредности раннего детского возраста - инфекции (57,4%); хронические соматические заболевания (19%); травмы головы (9%).

Выводы. 1. Для квалификации переходящих болезненных состояний по типу патологического пубертатного криза (ППК) имеют значение: 1) их клинико-патогенетические особенности - острое выявление патологии на фоне психического здоровья (32,2%) либо по типу декомпенсации имевшегося в детском возрасте психического расстройства (67,8%); 2) структурированность - преимущественно моно-морфная (30,6%) либо полиморфная (69,4%) клиническая картина; 3) характер ведущего расстройства - поведенческие нарушения (23,5 %), пубертатные психопатологические синдромы (67,0%), продуктивная психопатологическая симптоматика (9,5%).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЕЙКОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Салиев Д.К., Салиев К.К., Кадиров Ж., Салиев А.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной медицины является злокачественные новообразований у детей среди которых лейкозы занимает около 32% (3). По данным других авторов заболеваемость лейкозами имеет тенденцию к росту и с этим заболеванием связана в настоящей время существенная доля смертности детей старшего возраста (2, 3, 6). Для анализа деятельности онкологической службы оценки уровня и дальнейшего планирования противоопухолевой борьбы необходимо знать состояния и причины роста заболеваемости, распространенности и смертности от лейкозов конкретного региона или области. Такие данные имеют существенное значение для текущего и перспективного планирования деятельности онкологической службы обследуемого региона в чем и заключается значимость данного исследования (3, 5, 7).

Цель исследования. Изучить динамику распространенности лейкозов среди детского контингента населения Андижанской области в экологически неблагоприятных условиях связанной с применением пестицидов в недалеком прошлом в советское время.

Материалы и методы. Информационной основой материала служили: карты амбулаторных больных, журналы регистрации, истории болезни с установленным клиническим диагнозом на основании клинических, лабораторных, морфологических и цитохимических данных. В гематологической отделение многопрофильной областной детской клинической больницы г. Андижана за 2003-2010 гг. находились в лечение 145 больных острыми и хроническими лейкозами в возрасте от 0 до 15 лет. Из них мальчики 84 (57,9%) и девочки 61 (42,1%). Полученные результаты показали что частота лейкозов среди мальчиков выше, чем среди девочек, что соответствует с данным других исследователей (5, 8).

Динамика наблюдение распространенности гемобластомами – лейкозами среди детского контингенте населения Андижанской области представлена в таблице 1.

Среди 145 детей больных лейкозами преобладающей формой на протяжении всего периода обследованные был острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) 120 (82,7%), далее острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) 17 (11,7%), хронический миелолейкоз (ХМЛ) 6 (4,1%) и хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) 2 (1,4%), что совпадает с данными ряда авторов (3, 7).

Из таблицы видно, что в зависимости от территориальных особенностей показатели распространенности лейкозов неравномерный. Сравнительно высокая частота распространенности лейкозов среди детей отмечается в г. Андижане 26 (17,9%) больных, Асакинском районе 15 (10,3%), Кургантепинском 14 (9,7%), Шахрихане 14 (9,7%) и в Андижанском районе 12 (8,3%). Последующие место по частоте распространенности занимают Альтинкулский район 9 (6,2%), Баликчи 8 (5,5%), Жалалкудук 8 (5,5%), Пахтаабад 7 (4,2%), Избаскан 6 (4,1%), Хаджабад 4 (2,8%), Буз 3 (2,1%) и Улугнар 2 (1,4%).

Частота распространенности лейкозов в зависимости от место жительства больных показал что из 15 регионов в 5 отмечено высокая распространенность и в совокупности составляет 77 (53,1%) больных. В остальных 10 регионах 68 (46,9%) больных т.е. средний показатель распространенности равен 15,4 (10,6 %) и 6,8 (4,7%) соответственно что в 2,3 раза больше заболевших отдельных регионах. Данный факт в 5-ти районах области с высоким риском развития лейкоза у детей свидетельствует о грубом нарушении экологического равновесия. Высота подъема пика совпадает на 2004, 2005, 2006 гг. 27 (18,6%), 31 (21,4%), 30 (20,7%) соответственно, и на 2010 г. 24 (16,6%) больных. В вместе взятых за 4 года 112 (77,2%), а за другие 4-года: 2003 г. 3 (2,1%), 2007 г. 7 (4,9%), 2008 г 18 (12,4%) и 2009 г. 6 (4,2) вместе взятых составляет всего лишь 33 (22,8%) больных т.е. на 3,4 раза ниже частоты заболеваемости по сравнению с предыдущими показателями. Этот факт пока нам не удается возможным объяснить, именно что за фактор, или факторы влияют на частоту учащения заболеваемости гемобластомами, поскольку это происходит то через год, то подряд в 2 года (2009, 2010гг) или подряд в течение 3 года (2004, 2005, 2006гг). Здесь следует отметить существуют какие-то скрытые экофакторы действующие по типу волна напоминающие фазу активации сменяющиеся с фазой инактивацией.

Возрастная особенность частоты лейкозов относительно равномерный, хотя заметно учащения в возрастных группах 3, 6, 8 и 13 лет по сравнению с остальными возрастными группами что в среднем составляет 8, 4 больных за год (гистограмма 1).

Карачунский А.И. с соавт. (1998) в своих многочисленных исследованиях выявили, что 75% заболевших острыми лейкозами (ОЛ) проживали в экологически неблагоприятных районах. Гемобластоzy у детей возникали при наличии профессиональных вредностей у родителей в 25% и отягощенной по онкологической патологии наследственности в 22,5% случаев (4).

По инициативе международного агентства по изучению рака было проведено экспериментальное изучение бластомогенной активности хлорорганического пестицида (ХОП), 4,4 – дихлордифенилдихлорэтана (ДДТ), где авторы пришли к выводу, что ДДТ и его основной метаболит ДДЕ следует рассматривать как канцероген, который при трансплацентарной передаче могут вызывать лейкозы у детей. Экспериментальными и клиническими исследованиями установлено, что пестициды способны проникать через плаценту в плод и оказывать на него эмбриотоксическое, мутагенное и тератогенное действие (5, 11). Пестициды обнаруживается во всех органов человека с наибольшей концентрацией в костном мозге, жировой ткани, лимфатических узлах в селезенке (8, 11). В зависимости от масштаба загрязнения окружающей среды пестицидами может быть точечным (локальным), хроническим (региональным) и глобальным (10).

Возникновение лейкозов является неслучайным процессом, а закономерным итогом суммации неблагоприятных факторов, складывающихся из факторов окружающей среды, наследственности, контакта родителей с канцерогенными и другими факторами (9, 11).

В популяционном исследовании среди неорганизованного населения сельских районов Андижанской области на содержание в их крови обнаружено наличие хлорорганических пестицидов (ХОП) (λ -ГХЦГ, γ -ГХЦГ, ДДТ и ДДЕ) в разных концентрациях и 100% носительство, что свидетельствует о несомненном контакте с различными ядохимикатами. Средние концентрации λ -ГХЦГ и γ -ГХЦГ сравнительно выше у женщин $0,010 \pm 0,007$ мкг/мл по сравнению с мужчинами $0,008 \pm 0,001$ мкг/мл. И наоборот показатели ДДТ и ДДЕ сравнительно выше у мужчин $0,022 \pm 0,002$ мкг/мл, по сравнению с показателями у женщин $0,020 \pm 0,002$ мкг/мл (1).

Таким образом на основании литературных данных и результаты полученные нами исследовании в этиологии возникновения всех опухолевых заболеваний, в том числе лейкозов лежат клональность: каждый опухолевый рост, каждый гемобластоз, каждый лейкоз, каждая гемосаркома всей массой клеток обязаны мутации в их родоначальной одной клетке. Роль ионизирующие радиации и химические мутагены, прежде всего токсические ядохимикаты пестициды в том числе ХОП становится очевидным. Возникновения и учащения частоты гемобластозов среди детей, особенно сельских районов Андижанской области, высокая частота распространения лейкозов в 4-х регионах; в г. Андижане 26(17,9%) больных, в Асакинском районе 15(10,3%) Кургантепе 14(9,7%), в Шахриханском районе 14(9,7%) по сравнению с 10 другими регионами свидетельствует о грубом нарушении экологического равновесия связанной с интенсивным применением пестицидов в недалеком прошлом в советское время.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО - ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАТАМНЕЗА)

*Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Козимжонов И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность исследования. Подростковый возраст расценивается как критический период, когда в силу биологической и психологической перестройки существенно повышается риск психических расстройств, в том числе тяжелых, препятствующих социализации подростков, требующих медицинской коррекции.

Цель исследования. Выявление клинико-динамических закономерностей, характеризующих возрастную динамику психических расстройств, диагностированных как патологический пубертатный криз, для уточнения по данным катамнеза клинических границ этих состояний и совершенствования принципов их диагностики, судебно-психиатрической оценки.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 162 клинических наблюдения. Это лица, прошедшие судебно-психиатрическое освидетельствование в АОПНД. 74 наблюдения являются собственными, 88 - проанализированы по данным архива, преобладали лица мужского пола (93,3%). Возраст обследованных на момент катамнестического исследования - от 20 до 47 лет (средний возраст - $25,2 \pm 6,25$ лет).

Результаты исследования. При анализе преморбидных (до манифестации ППК) параметров, которые могут быть отнесены к категории предикторов возрастной динамики, исследованных состояний, выявлены:

- высокая наследственная отягощенность (70,6%) в 43,4% - алкоголизмом, в 21,32% - шизофренией;
- значимые перинатальные вредности - неблагоприятный родовой анамнез (42,2%), неправильное ведение послеродового периода (21,1%), ранняя постнатальная патология (27,8%);
- экзогенные вредности раннего детского возраста - инфекции (57,4%);
- хронические соматические заболевания (19%);
- травмы головы (9%).

Выводы. 1. Для квалификации переходящих болезненных состояний по типу патологического пубертатного криза (ППК) имеют значение: 1) их клинико-патогенетические особенности - острое выявление патологии на фоне психического здоровья (32,2%) либо по типу декомпенсации имевшегося в детском возрасте психического расстройства (67,8%); 2) структурированность - преимущественно мономорфная (30,6%) либо полиморфная (69,4%) клиническая картина; 3) характер ведущего расстройства - поведенческие нарушения (23,5 %), пубертатные психопатологические синдромы (67,0%), продуктивная психопатологическая симптоматика (9,5%).

КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Саматов Д.К.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы: Внебольничная пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. В последние годы придается значение вторичной иммунологической недостаточности, особенно при массивном поражении легких.

Цель исследования: обосновать применение препарата полиоксидоний в комплексной терапии больных внебольничной пневмонией различной степени тяжести.

Материал и методы исследования: В исследование было включено 80 больных внебольничной пневмонией со среднетяжелым и тяжелым течением. Они были распределены на 2 группы 1-я группа – 36 больных со среднетяжелой и тяжелой формой ВП, получавших наряду со стандартной терапией иммуномодулятор полиоксидоний в дозе 6мг внутримышечно один раз в сутки через день №5, в течение 10 дней; 2-я группа – 54 пациента не получавшие терапию иммуномодуляторами. Комплексное клинико-иммунологическое обследование проводилось дважды – в день поступления больных в стационар и через 10 дней после начала лечения. У больных со среднетяжелой и тяжелой формой ВП, получавших комплексное лечение с включением полиоксидония, в ходе иммунологического мониторинга была выявлена положительная динамика показателей иммунограммы. При изучении состояния гуморального звена системы иммунитета у больных ВП на фоне терапии, отмечалось восстановление содержания иммуноглобулинов: IgG до $(10,38 \pm 1,6)$ г/л, IgA до $(2,63 \pm 0,43)$ г/л, IgM до $(2,95 \pm 0,36)$ г/л. При сравнительной оценке показателей до и после применения полиоксидония, отмечалось количественное увеличение общих Т- лимфоцитов (CD3⁺), относительного показателя хелперов-индукторов (CD4⁺), иммунорегуляторного индекса. У пациентов, получавших в комплексной терапии полиоксидоний, отмечалось более раннее купирование лихорадки и симптомов интоксикации, на 2% чаще отмечалась положительная рентгенологическая динамика, быстрая нормализация лабораторных критериев воспаления по сравнению с контрольной группой.

Выводы: Таким образом, в динамике в основной подгруппе, получавшей полиоксидоний, имеет положительные особенности - более быстрое купирование лихорадки, общевоспалительного синдрома, признаков интоксикации, раннее нивелирование синдрома поражения легочной ткани и нормализации естественной резистентности клеточного звена путем уменьшения иммунокомплексного воспаления.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ

Саматов У.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время лечение кариеса и его осложнений представляет собой сложный, многоступенчатый процесс, успех выполнения которого зависит не только от уровня квалификации врача-стоматолога, но и от технической оснащённости. Несмотря на высокий уровень инструментального обеспечения, позволяющего использовать современные технологии, и широкий выбор пломбировочных материалов, осложнения кариеса, а также неэффективное эндодонтическое лечение не являются исключительной редкостью. Ввиду чего, среди наиболее важных и актуальных задач терапевтической стоматологии является проблема диагностики и лечения больных с хроническим апикальным периодонтитом.

Несмотря на то, что зарубежными авторами доказана эффективность и безопасность применения озонотерапии в медицинской практике, на сегодняшний день отсутствуют комплексные клинико-лабораторные исследования, направленные на изучение эффективности озонотерапии при лечении хронического апикального периодонтита.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного эндодонтического лечения при различных формах хронического апикального периодонтита с использованием озонотерапии.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено комплексное клинико-рентгенологическое обследование и лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, наблюдавшихся на кафедре терапевтической стоматологии АОСБ г. Андижана. Под клиническим наблюдением находились 130 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет. Диагностика проводилась на основании Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-С 10).

Всем пациентам (n=130), находившимся под наблюдением, на основании комплексного клинико-лабораторного исследования был установлен диагноз «хронический апикальный периодонтит» (K04.5).

Результаты исследования. В результате микробиологического исследования было установлено, что при качественном анализе микрофлоры корневых каналов зубов с деструктивными формами хронического апикального периодонтита, проведенном до применения озонотерапии, частота выявления микроорганизмов была следующая: микроаэрофильные стрептококки (*S. sanguis* - в 40% случаев, *S. mitis* - в 30% случаев, *E. faecalis* - в 50% случаев; анаэробные кокки (*P. anaerobius* - в 50% случаев), грамположительные анаэробные бактерии (*Actinomyces naeslundii* - в 50% случаев); грамотрицательные анаэробные бактерии (*E. corrodens* - в 20% случаев, *Prev. endodontis* — в 30% случаев).

Нами также было проведено исследование уровня обсемененности корневых каналов зубов с деструктивными формами хронического апикального периодонтита. До проведения озонотерапии он составил: *S. sanguis* - 4,00±0,29, *S. mitis* - 3,11±0,2, *E. faecalis* - 2,40±0,11, *P. anaerobius* - 3,60±0,11, *Actinomyces naeslundii* - 3,40±0,18, *E. corrodens* — 2,50±0,14, *Prev. endodontis* - 2,67±0,12.

Для проведения сравнительной оценки эффективности лечения хронического апикального периодонтита с использованием озонотерапии все пациенты были разделены на основную и контрольную группы исследования. Основную группу составили 65 пациентов (45 женщин и 20 мужчин) с диагнозом «хронический апикальный периодонтит», у которых медикаментозную обработку корневых каналов проводили с использованием озонотерапии. Пациентов основной группы разделили на две подгруппы в зависимости от формы хронического апикального периодонтита. Подгруппу А составили 32 пациента с гранулирующей формой хронического апикального периодонтита. В подгруппу В вошли 33 пациента с гранулематозной формой хронического апикального периодонтита.

Контрольную группу составили 65 пациентов с диагнозом «хронический апикальный периодонтит», эндодонтическое лечение которых проводили по традиционной схеме без применения озонотерапии. Пациенты контрольной группы также были разделены на две подгруппы в зависимости от формы заболевания. Подгруппу С составили пациенты с гранулирующей (31 человек), а подгруппу D - с гранулематозной формой хронического апикального периодонтита (34 пациента).

Вывод. Установлены особенности структуры микробных ассоциаций при деструктивных формах хронического апикального периодонтита. На основании данных микробиологического исследования, направленного на оценку антимикробного действия озонотерапии, а также результатов клинического исследования эффективности использования озона в ходе эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита, разработаны практические рекомендации по применению озонотерапии в ходе эндодонтического лечения гранулирующей и гранулематозной форм хронического апикального периодонтита.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ К ПОДГОТОВКЕ РЕБѢНКА НА ПРИѢМ ДЕТСКОГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Саматов У.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Психологи и психиатры предупреждают родителей относительно негативного эффекта обсуждения врачей, в частности стоматологического профиля в присутствии впечатлительных маленьких детей. Истории, переданные от взрослых детям, могут годами работать как источник их плохого поведения.

Ребенок, неразрывно связан со своими родителями, и на него распространяется личностная психологическая защита родителей. Неблагоприятны последствия высокой тревожности матери в отношении здоровья ребенка. Отсюда слишком обременительный контроль над ребенком, внушение, передача ему своей тревожности и страхов.

На сегодняшний день сохраняется необходимость нефармакологической коррекции поведения ребёнка на стоматологическом приёме. Остаётся открытым вопрос влияния стереотипа поведения родителей на поведение ребёнка у детского врача-стоматолога.

Цель исследования. Снижение уровня страха и тревожности на стоматологическом приёме при помощи психологических методов, используемых у детей дошкольного возраста с разным уровнем сотрудничества.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование 200 детей и 100 родителей, которые обратились за стоматологической помощью с детьми в возрасте от 3 до 7 лет. Дети были разделены на 2 группы исследуемую, в которой проводился метод игрокуклотерпии в комплексе с психологическими методиками, и группу сравнения (перед лечением проводилась ознакомительная предварительная беседа, игрокуклотерапия не использовалась).

Результаты исследования Результаты проведенного исследования показали, что игрокуклотерапия является эффективным психо-коррекционным средством на детском стоматологическом приеме. Тенденция к повышению фона настроения и позитивным реакциям в отношении стоматологического лечения отмечалась у 43% детей, прошедших игрокуклотерапию и лишь у 14% без проведения таковой. В среднем в результате психокоррекционного вмешательства улучшение поведения детей зафиксировано с 2,80 до 1,76 по системе 8аgпа1.

Внедренные психокоррекционные методики (язык принятия, техника активного слушания, метафоры, внушения, диссоциация с плохим поведением, игнорирование плохого поведения, техника замешательства), специально модифицированные для детского стоматологического приема, позволяют поддерживать эффективный уровень сотрудничества ребенка с врачом, улучшать построение диалога «врач — маленький пациент» и тем самым повышать качество проводимых осмотров и лечебных стоматологических манипуляций.

Модель поведения родителей, отбирающих инициативу у детей, не способствует построению эффективной коммуникации между врачом и ребёнком. Тем самым снижается возможность проведения лечебных манипуляций. У родителей, отбирающих инициативу у ребёнка и врача (1-й тип поведения), только в 20% случаев в первое посещение после игрокуклотерапии удалось провести лечение. Напротив, дети, у которых родители обеспечивали поддержку ребёнку (5-й тип) и демонстрировали полное доверие врачу (6-й тип) — лечение в первое посещение было успешным в 81,25% и 100% случаев соответственно.

Вывод. Определение степени влияния родителей на поведение ребёнка позволит стоматологической команде грамотно и эффективно выстраивать отношения с маленькими пациентами.

Разработанные рекомендации для детских врачей-стоматологов по применению психологических способов коррекции поведения ребёнка на стоматологическом приёме приведут к более качественному выполнению лечебных манипуляций.

Разработанная аудио-видео-презентация позволит подготовить родителей к предстоящему лечению их ребенка, что в свою очередь приведет к снижению уровня тревожности, как родителя, так и пациента-ребёнка.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ В ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

*Сапаева З.А., Жаббаров А.А., Кадилова Ш.А.
Ургенцкий филиал Ташкентской медицинской академии
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. В настоящее время системной красной волчанкой (СКВ) рассматривается как аутоиммунное системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся системным воспалительным поражением внутренних органов. Поражение почек является одним из наиболее тяжелых висцеральных проявлений СКВ, а прогрессирующая почечная недостаточность (ПН) и уремия занимают одно из первых мест среди причин смерти больных СКВ.

Цель исследования. Выявить факторы риска развития и прогрессирования нефропатии у больных системной красной волчанкой с наличием артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Обследовано: 60 больных с СКВ женского пола с наличием АГ I и II степени находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III-клиники ТМА в период с октября 2017 года по января 2020 года. Исследование функций почек включало выполнение общего анализа мочи, Нечипоренко; определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), ультразвукового исследования почек. Кроме того, проводили оценку наличия и выраженности микроальбуминурии (МАУ), протеинурии. Биохимическое исследование крови включало в себя определение общего белка, креатинина, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, высокой плотности, триглицеридов.

Результаты. У больных СКВ хроническая болезнь почек (ХБП) 1—3 стадий выявлялась в 36%. Факторами риска снижения СКФ при СКВ являлись III степень активности заболевания ($F=7,19$, $p<0,001$), длительность СКВ более 12 лет ($F=7,81$, $p<0,001$), возраст более 53 лет ($F=6,19$, $p<0,001$), наличие артериальной гипертензии ($F=7,72$, $p<0,001$), повышение пульсового давления выше 58 мм рт.ст. ($F=5,13$, $p<0,05$), общего холестерина более 5,4 ммоль/л ($F=8,14$, $p<0,001$). Наибольшая прогностическая значимость снижения СКФ у больных СКВ была отмечена в отношении гиперхолестеринемии, продолжительности основного заболевания свыше 12 лет и наличия артериальной гипертензии. Развитие МАУ у больных СКВ было ассоциировано с повышением возраста ($F=6,02$, $p<0,001$), длительности основного заболевания ($F=7,02$, $p<0,001$), наличием III степени активности заболевания ($F=5,04$, $p<0,01$), артериальной гипертензии ($F=7,24$, $p<0,001$), дозой глюкокортикоидов ($F=5,37$, $p<0,05$), повышением пульсового АД ($F=7,24$, $p<0,001$) и общего холестерина ($F=5,67$, $p<0,05$). Наиболее тесная зависимость прослеживалась между выраженностью МАУ и артериальной гипертензией, гиперхолестеринемии.

Заключение. Таким образом, у больных СКВ кроме исследования функционального состояния почек, необходимо с профилактической целью проводить оценку таких факторов риска, как общий холестерин крови, системное артериальное давление. При наличии факторов риска у пациентов с СКВ проведение своевременных корректирующих схем позволит снизить риск развития почечной патологии.

РИСКА АЛКОГОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

*Сарбаева Н.К., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Употребление алкоголя во время беременности приводит к возникновению физических пороков развития и умственной задержки будущего ребенка. Ежегодно более 50 000 младенцев рождается с различными проявлениями поражений, связанных с употреблением алкоголя их родителями. По данным института медицины, ежегодно в мире рождается от 5 до 40 000 детей с алкогольным синдромом плода (сочетание физических и умственных пороков развития), действие которого продолжается на протяжении всей дальнейшей жизни.

Исследования приемных детей в Дании и Швеции показали, что алкоголизм имеет генетическую основу. Исследования приемных детей российской популяции (В. Москаленко, В. Полтавец, 1991) показало значительную корреляцию сыновей с биологическими родителями в развитии алкоголизма ($r = 0,136$) по сравнению с приемными родителями ($r = 0,125$). Установлено, что семейный влияние не играет значительной роли в фенотипических проявлениях алкоголизма.

Цель исследования. Изучить риска алкоголизма у беременных при близкородственных браках.

Материалы и методы исследования. Основной задачей анализа сцепления является локализация гена, ответственного за развитие и проявление признака рассматриваемого. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет.

Результаты исследования. Популяционные генетические исследования показали, что алкоголизм развивается в среднем в 3-4 % лиц. К тому же мужчины болеют в десять раз чаще женщин. Наблюдаются также популяционные различия реакции на алкоголь. Так, жители Европы, особенно славяне, в отличие от монголоидной расы, часто используют алкоголь в очень большом количестве, однако не всегда становятся алкоголиками.

Неблагоприятную физиологическую реакцию монголоидов на прием небольшого количества алкоголя объясняют особенностями ферментативных систем в этих народов. Популяционные исследования показали, что 40-50% жителей Южного Китая и Японии отличаются резкой недостаточностью фермента *ALDH*, участвующий в метаболизме алкоголя.

Среди представителей других народов монголоидной расы дефицит *ALDH* колеблется в пределах 5-57%. Около 40% представителей племен южноамериканских индейцев характеризуются дефицитом этого фермента, тогда как в племенах сиу и навахо, живущих в Северной Америке, частота *ALDH* -недостатности составляет 5%. Среди популяций европейцев и африканцев дефицита *ALDH* практически не наблюдается.

В различных европейских популяциях количество людей с таким вариантом фермента варьирует от 5 до 20%, а в Азии составляет более 90%. Наличие такого гена и фермента в гомозиготном состоянии у населения Восточной Азии - около 50%, что практически несовместимым с алкоголизмом. В Японии люди, гомозиготные по аллелю *ALDH22*, принимают в течение месяца в 10 раз меньше алкоголя, чем люди, в генотипе которых этот аллель отсутствует. В случае имеющейся одной копии аллеля ежемесячное употребление алкоголя снижается вдвое.

Вывод. Алкоголизм является одним из факторов риска развития различных заболеваний. Токсический эффект алкоголя обусловлен ацетальдегидом, который влияет на изменения белкового, углеводного и жирового обменов. Поэтому сегодня алкоголизм рассматривают как медико-социальную проблему, что влияет на показатели состояния здоровья, заболеваемости и смертности.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Сарбаева Н.К., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Мирзаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Клинико-психопатологическое изучение феноменологии, структуры и динамики патологических увлечений у детей и подростков для решения вопросов диагностики, прогноза и оценки уровня социальной дезадаптации.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на АОПНД. Методом случайной выборки обследовано 62 больных (46 мальчиков и 16 девочек). В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 16 лет, в клинической картине, а также в анамнезе которых ведущее или существенное место занимали патологические увлечения.

Результаты исследования. Сложность отграничения болезненных увлечений от нормальных хобби детского возраста определялась не только недостаточной четкостью клинических различий, но и тем фактом, что их направленность и содержание были сходными. Сюжеты болезненных хобби, преимущественно, носили вполне заурядный характер. Это увлечение животными или растениями, компьютерными и видеоиграми, одним из видов транспорта, техническими приборами. Это увлечения, связанные с «кумиром» - любимой музыкальной группой, исполнителем, спортивной командой; самообразование. Выделены как облигатные, так и факультативные признаки патологических увлечений. К облигатным были отнесены: 1) Напряженность и устойчивость интересов. Своеобразная «охваченность» детей своим увлечением, напряженность интереса к той или иной области, которая характеризовалась особой устойчивостью, отмечалась во всех наблюдениях, представляя собой стержневой симптом болезненных увлечений. Дети занимались излюбленным хобби часами, стараясь использовать все свободное время: проводили целые дни за компьютерными играми, совершали многочасовые ежедневные прогулки, рисовали бесчисленные схемы, с утра до вечера искали детали в мусорных контейнерах и т.д. При этом напряженный интерес к хобби не угасал в течение многих месяцев или лет. 2) Сочетание с другими психическими расстройствами. Патологические увлечения в 100 % наблюдений сосуществовали с различными психопатологическими синдромами: формирующимися расстройствами личности; патологическим (бредоподобным) фантазированием; аффективными расстройствами; рудиментарными галлюцинаторно-

бредовыми, кататоническими расстройствами; негативной эндогенной симптоматикой; нарушениями инстинктивной деятельности. 3) Нарушение социальной адаптации ребенка разной степени выраженности. Деадаптирующее влияние болезненных хобби отмечено в подавляющем большинстве наблюдений (96,7 %). Нарушения поведения, возникающие у детей с болезненными хобби, отличались разнообразием проявлений и сочетались иногда с асоциальными, агрессивными или аутоагрессивными действиями.

Выводы. 1. Патологические увлечения у детей и подростков, в отличие от нормальных хобби, характеризуются наличием как облигатных, так и факультативных психопатологических признаков. К облигатным относятся особая напряженность и устойчивость болезненных интересов; тесная связь с другими психопатологическими проявлениями; деадаптирующее влияние, выраженность которого зависит от клинического варианта патологических хобби. К факультативным признакам болезненных увлечений относятся односторонность, однобокость содержания при ослаблении или утрате остальных интересов, низкая продуктивность.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕЛКА – ПРЕДШЕСТВЕННИКА ТРОМБА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Саттаров О., Туйчибаев М., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Определение белка – предшественника тромба (TrP) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) на фоне выраженной ангинозной боли.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов ИБС (10 мужчин и 10 женщин), поступивших в отделение экстренной кардиологии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с выраженной ангинозной болью, длительностью с 2 до 12 часов (в среднем $5,4 \pm 1,1$ час), не купируемая нитратами. Возраст больных 52-70 лет (в среднем $62,2 \pm 3,1$ года). Всем больным выставлен диагноз ОКС. Уровень TrP в крови определяли иммуноферментным методом (“Chen Lo”, Китай).

Результаты. У 20 больных ОКС уровень TrP в плазме крови колебался от 0,3 до 28,0 мкг/мл, составляя в среднем $7,1 \pm 1,33$ мкг/мл. В целом по группе ОКС содержание TrP превышало как контроль ($p < 0,001$), так и больных стабильной стенокардией (СС) ($p < 0,001$). Более высокий уровень TrP отмечен у больных ОКС, перенесших в прошлом ИМ ($p < 0,01$), у женщин ($p < 0,01$) и в возрасте старше 60 лет ($p < 0,01$). Во временном промежутке повышение уровня TrP у больных ОКС наблюдалось уже через 2 часа от начала ангинозной боли и сохранялось высоким на протяжении последующих 10 часов. Сравнительный анализ уровня TrP и показателей свертывающей системы крови (ПТИ, фибриноген) показал, что средние показатели ПТИ, фибриногена не различаются у больных, как с высоким, так и низким уровнем TrP ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных ОКС уровень TrP значительно выше, чем у здоровых и больных СС. Уровень TrP у больных ОКС повышается в первые 2 часа от начала ангинозной боли и остается высоким в последующие 10 часов. Степень повышения TrP была наибольшей у больных ОКС женского пола, перенесших в прошлом ИМ и в возрасте старше 60 лет.

НАРУШЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Ниязова Я.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние годы обсуждается возможность использования в клинической практике показателей, отражающих состояние нейрогуморальной регуляции вегетативного статуса, к которым относится уровень эндогенных нейротрансмиттеров, в том числе, серотонина и мелатонина. Целый ряд исследований демонстрирует связь между изменением уровня серотонина в крови и частотой обнаружения СРК, соматогенной депрессии, фибромиалгического синдрома. Получены данные, свидетельствующие о роли эндогенного мелатонина в развитии депрессии и ассоциированных с ней соматических расстройств. Более того, установлено, что лечение мелатонином приводит к уменьшению хронической абдоминальной боли функционального характера. Указанные выше проблемы говорят об актуальности изучения нарушений нейрогуморальной регуляции у больных ФЗЖКТ.

Цель исследования. Целью исследования является совершенствование диагностики и дифференциальной диагностики ФЗ ЖКТ путем оценки характера и степени выраженности нарушений нейрогуморальной регуляции у больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 160 пациентов, из них - 60 больных функциональной диспепсией ФД, 60 больных синдромом раздраженного кишечника СРК, 20 больных ЯБЖ и 20 больных НЯК в возрасте от 18 до 45 лет. Больные из основных групп и групп сравнения были сопоставимы между собой по возрасту и полу. Контрольную группу составили 45 здоровых лиц (мужчины: женщины = 15:30, в возрасте от 19 до 45 лет, средний возраст $26,9 \pm 4,2$ года).

Результаты исследования. В настоящем исследовании нами была поставлена задача провести детальный анализ клинических особенностей заболевания у 60 больных ФД и 60 больных СРК. Этот анализ был направлен на оценку всего многообразия клинических проявлений ФД и СРК, с учетом наличия и выраженности симптомов, характерных для поражения ЖКТ, а также проявлений, которые выходят за рамки патологии пищеварительной системы. Важным моментом клинической части нашего исследования была попытка выделить ведущие системные, либо внеорганные синдромы, присутствующие в клинической картине ФД и СРК.

Все пациенты основной группы удовлетворяли современным диагностическим критериям ФД либо СРК. Контрольные группы были представлены пациентами ЯБЖ (20 человек), НЯК (20 человек) и 45 практически здоровыми

лицами (доноры). Выбор групп контроля был обусловлен необходимостью сравнения клинических проявлений и нейрогуморального статуса пациентов с функциональной и органической патологией ЖКТ, а также сопоставления этих данных с группой практически здоровых лиц.

Анализ клинической картины заболевания показал, что пациенты с ФД характеризовались типичными для этого заболевания синдромами -эпигастральными болями, диспептическим синдромом, чувством дискомфорта в верхней части живота. В зависимости от преобладания того или иного симптома были выделены варианты ФД: ФД-ЭБС, характеризующийся хронической эпигастральной болью, и ФД-ПДС, для которого более специфичен постпрандиальный дискомфорт. В соответствии с этим у 38 (63%) пациентов была диагностирована ФД-ПДС и у 22 (37%) верифицирован диагноз ФД-ЭБС.

Что касается пациентов СРК, то эта группа также была разделена на подгруппы в зависимости от того, какой симптом преобладал в клинической картине: хронические запоры* или диарея. Исходя из этого, было установлено, что 35 пациентов соответствовали диагнозу СРК-3 и 23 человека - СРК-Д, у двух пациентов имел место неспецифический вариант СРК без четкого преобладания диареи либо констипации.

В результате учета клинических признаков органических проявлений заболевания, а также количественной оценки их интенсивности по ВАШ, в группах больных ФД и СРК установлено следующее. Частота обнаружения алгического синдрома соответствующей локализации у пациентов с ФД и СРК достоверно не отличалась от таковой у пациентов с органической патологией ЖКТ - ЯБЖ и НЯК. Кроме того, интенсивность болевого синдрома у пациентов с ФД-ЭБС не уступала по выраженности этому показателю в группе больных ЯБЖ. Следует подчеркнуть, что выраженность абдоминалий у пациентов с СРК также была сопоставима с таковой у больных НЯК.

Аналогичная картина наблюдалась при анализе выраженности ведущих симптомов ФД и СРК в сопоставляемых группах. Достоверных различий между пациентами с ФД ЖКТ, с одной стороны, и группами пациентов с ЯБЖ и НЯК - с другой, мы не обнаружили.

Несколько иной была картина при сравнении внеорганных проявлений заболевания в указанных группах. Более половины пациентов из групп ФД и СРК предъявляли жалобы на диффузную скелетно-мышечную боль против 15,0% в группе ЯБЖ и 20,0% в группе НЯК. Частые кардиалгии имели около трети больных у ФД ЖКТ против 15,0% в группе ЯБЖ и 5,0% в группе НЯК. Такая же ситуация наблюдалась по частоте головной боли, представленной мигренью и головной болью напряжения. Боли в области суставов (хронические артралгии) выявлены у больных всех клинических групп, однако обращает на себя внимание большая их частота выявления в группе НЖ (60,0% против 10,0% случаев в группе ЯБЖ), а также в 30,0% и 26,67% случаев в группе СРК и ФД соответственно.

Важным объективным параметром наличия хронического мышечного алгического синдрома является обнаружение локальной болезненности при пальпации специфических точек, называемых точками чувствительности или болезненными точками. Наличие указанных точек наряду с диффузной мышечной болью трактуется как синдром фибромиалгии, часто сопровождающий другие болезни, либо существующий как самостоятельное заболевание. Следует отметить, что боль при пальпации специфических болезненных точек наблюдалась у 48,3% больных из группы ФД ЖКТ (из них - 28 больных ФД и 30 больных СРК) против 25,0% в группе ЯБЖ и 30,0% в группе НЯК. Более того, около трети пациентов ФД и СРК соответствовали критериям диагноза первичной фибромиалгии. Наряду с этим у пациентов ФД и СРК часто присутствовали другие, характерные для фибромиалгии проявления, - синдром хронической усталости, быстрая утомляемость, расстройство сна

Вывод. Полученные результаты позволяют установить связь между нарушением функционального состояния ЖКТ и нейрогуморальным дисбалансом. На основании полученных данных возможна разработка новых диагностических подходов, основанных на оценке психологического статуса, выраженности фибромиалгического синдрома, а также нарушений нейрогуморальной регуляции путем определения уровня эндогенного серотонина и мелатонина в крови больных. Использование метода определения уровня серотонина и мелатонина в крови с помощью иммуноферментного анализа позволит объективизировать диагностику ФД и СРК, повысить качество дифференциальной диагностики, оценить тяжесть заболевания, эффективность проводимого лечения. Выявленные закономерности открывают перспективу применения лекарственных средств для коррекции нейрогуморального дисбаланса при ФД ЖКТ.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

*Сахаталиева Р.Р., Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В общей популяции ожирение является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и ассоциировано с увеличением смертности, особенно это касается центрального ожирения. Причины столь существенной разницы в значении ожирения как фактора риска на популяционном уровне и при ряде патологических состояний не ясны. Возможно, это связано с разнонаправленным действием тех или иных факторов, ассоциированных с высоким сердечно-сосудистым риском. Между тем, при АГ большинство работ касаются роли избыточной массы тела и ожирения, а также абдоминального ожирения в развитии сердечно-сосудистых осложнений, при этом, недостаточно ясны причины, определяющие нарушения нутритивного статуса у больных с очень высоким кардиоваскулярным риском.

В большинстве работ состояние нутритивного статуса оценивалось по индексу массы тела, при этом недостаточно исследован компонентный состав тела больных с очень высоким кардиоваскулярным риском. Объективной причиной трудностей в оценке имеющихся исследований является то обстоятельство, что из-за высокой коморбидности больных группы очень высокого сердечно-сосудистого риска крайне неоднородны, в этой связи, даже данные крупных многоцентровых исследований сложно интерпретировать.

Между тем, меньшая смертность больных с сердечно-сосудистой патологией имеющих избыточный вес или ожирение, что продемонстрировано в ряде недавних исследований, и отсутствие четких представлений за счет чего это может происходить ограничивают возможности врача в коррекции нутритивных нарушений.

Цель исследования. Изучить нутритивный статус у больных артериальной гипертензией с очень высоким кардиоваскулярным риском и определить факторы, ассоциированные с нарушением нутритивного статуса.

Материалы и методы исследования. Обследован 191 больной артериальной гипертензией (мужчин - 123, женщин - 68) очень высокого сердечно-сосудистого риска. Возраст больных составил от 37 до 85 (средний возраст $59,3 \pm 10,4$) лет.

Результаты исследования. Среднее значение индекса массы тела составило $27,7 \pm 5,1$ (от 16,4 до 42,5) кг/м². У мужчин ИМТ был достоверно меньше, чем у женщин ($26,4 \pm 4,7$ и $29,9 \pm 4,8$ кг/м², соответственно $p=0,001$).

У 137 (71,7%) больных с очень высоким кардиоваскулярным риском обнаружены нарушения нутритивного статуса, при этом 133 (69,6%) больных имели избыточный вес или ожирение. ИМТ $< 18,5$ кг/м² имели только 4 (2,1%) больных. Абдоминальное ожирение диагностировано у 138 (72,2%) больных, из них у 76 (61,7%) мужчин и у 62 (91,1%) женщин. Метаболический синдром диагностирован у 86 (45%) больных.

Среднее значение тощей массы тела, рассчитанное калиперометрическим методом, составило $47,3 \pm 8,3$ кг. В группе мужчин среднее значение ТМТ составило $50,7 \pm 7,5$ кг, в группе женщин ТМТ была значительно меньше и составила $41,2 \pm 5,6$ кг ($p < 0,001$). Обнаружена обратная связь между ТМТ и возрастом ($r = -0,38$; $p < 0,001$).

Переднее значение жировой массы тела, рассчитанное калиперометрическим методом, составило $31,2 \pm 10,2$ кг. В группе мужчин ЖМТ составила $28,1 \pm 9,9$ кг, что значительно больше, чем у женщин - $36,9 \pm 8$ кг ($p < 0,001$). Жировая масса тела превышала 22% у 157 (82%) больных. Связи между ЖМТ и возрастом больных АГ с высоким кардиоваскулярным риском не выявлено ($r = 0,01$; $p = 0,85$). Обнаружена прямая связь между ЖМТ и уровнем систолического АД ($r = 0,13$; $p = 0,045$), диастолического АД ($r = 0,19$; $p = 0,005$).

Процент жира в организме больных АГ с очень высоким сердечнососудистым риском, рассчитанный калиперометрическим методом, составил $39,08 \pm 8,1\%$. В группе мужчин среднее значение процента жира составило $34,7 \pm 6,7\%$, у женщин этот показатель был значительно выше - $46,8 \pm 3,4\%$ ($p < 0,001$). Установлено, что процент жира в организме прямо связан с возрастом ($r = 0,2$; $p = 0,004$).

Курили 104 (54,5%) больных. В связи с тем, что среди курящих больных была только одна женщина, в последующем при анализе роли курения речь будет идти только о больных мужского пола.

Результаты многофакторного регрессионного анализа свидетельствуют, что немодифицируемыми факторами, детерминирующими состояние нутритивного статуса у больных артериальной гипертензией очень высокого сердечно-сосудистого риска были возраст и пол больных, значимыми модифицирующими факторами были - ХБП со снижением СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², сахарный диабет 2 типа и курение.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о необходимости исследования нутритивного статуса у всех больных АГ с очень высоким кардиоваскулярным риском, причем оценку нутритивного статуса необходимо проводить не только по индексу массы тела и объему талии, но и путем определения жировой и тощей массы методом калиперометрии или биоимпеданса.

Представленные данные свидетельствуют о важной роли курения и снижения функции почек в возникновении нарушений нутритивного статуса у больных с очень высоким сердечно-сосудистым риском. При интерпретации параметров нутритивного статуса больных с очень высоким сердечно-сосудистым риском необходимо учитывать наличие ХБП и курения. У курящего больного АГ с очень высоким сердечно-сосудистым риском нормальный индекс массы тела, обусловленный низкой жировой массой, нельзя рассматривать как адекватную нормализацию массы тела.

Увеличение жировой составляющей массы тела у больных с очень высоким сердечно-сосудистым риском при наличии ХБП открывает возможность для исследования новых подходов к коррекции нутритивного статуса, в том числе изучению возможностей нефропротективной терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Ниязова Я.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одной из наиболее важных тенденций современной терапии является обоснование, наряду с клиническими и социальными факторами, экономических аспектов стратегии и тактики лечения язвенной болезни. С этих позиций требует своего решения задача комплексной интегральной оценки оптимального соотношения цены лекарственных препаратов и их эффективности.

Экономические аспекты проблемы язвенной болезни не исчерпываются изучением только клинических и экономических преимуществ различных лекарственных препаратов и схем лекарственной терапии, но и требуют изучения всего комплекса средств медицинского воздействия на пациентов, то есть оценки медико-экономической эффективности лечебного процесса.

Цель исследования. Оптимизация лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на основе сравнительного анализа эффективности используемых эрадикационных схем и с точки зрения фармакоэкономики.

Материалы и методы исследования. Представлены материалы исследования 138 больных - 76 мужчин и 62 женщин в возрасте от 17 до 56 лет. Средний возраст всех пациентов составил $36,09 \pm 11,22$ лет.

Результаты исследования. *Helicobacter pylori* при первичном обследовании был обнаружен у 128 больных (92,8%), что соответствует данным большинства авторов, однако некоторые исследователи отмечают распространённость *H. pylori* на уровне 100%.

При анализе показателей эрадикации и рубцевания оказалось, что рубцевание через 2 недели наступило у всех больных, пролеченных по схеме ОАК, что соответствует мировым данным о максимальной эффективности применения данной терапии. При применении других схем лечения ЯБДК рубцевание через 2 недели наступало достоверно реже (при сравнении: с ОАК $p = 0,017$; с ОКМ $p = 0,008$; с ФАМ $p = 0,001$; с ДАМ $p = 0,001$; с ОАзФр $p = 0,046$). Причиной данной

высокой эффективности, очевидно является не только высокий уровень чувствительности *Helicobacter pylori* в кларитромицину и низкий - к метронидазолу, но и использование в схеме ИПП, что по данным литературы в сравнении с H2 -гистаминовыми антагонистами даёт более выраженный репаративный эффект. Это предположение подтверждается тем, что наименьшая частота рубцевания отмечалась при отказе от использования в схеме омепразола. При приеме этого препарата рубцевание через 2 недели наступало достоверно чаще (в 92,1% случаев, $p=89$), чем без использования ингибиторов протонной помпы (ИПП) (в 71,4% случаев, $p=35$, $p=0,001$). Кроме того, по этому показателю отмечались достоверные различия между группой больных, применявших монотерапию омепразолом, и пациентами, использовавшими схемы ФАМ ($p=0,041$) и ДАМ ($p=0,049$).

Схема ОАК была наиболее эффективна и по частоте эрадикации (при сравнении: с ОАМ $p=0,017$, с ОАзФр $p=0,024$; с остальными схемами $p<0,01$). Только при этой схеме эрадикация достигалась более чем в 80% случаев. Остальные схемы антихеликобактерной терапии по эффективности достоверно между собой не различались (только схемы ОАМ и ОАзФр были более эффективны, чем схема ДАМ, $p<0,05$). Объяснение этому факту, по-видимому, необходимо искать в различном уровне резистентности *Helicobacter pylori* к антибиотикам. Низкая эффективность схемы ДАМ была, по-видимому, связана с недостаточным угнетением желудочной секреции производными висмута, составляющими основу Денола.

При проведении сравнения схем, содержащих метронидазол, и схем без данного антибактериального препарата, оказалось, что в группе с метронидазолом ($n=83$) степень эрадикации находилась на уровне 56,6% и была достоверно ниже ($p<0,01$), чем антибактериальная эффективность комбинаций других антибиотиков ($n=41$), где она достигала 87,8%.

При анализе влияния различных факторов на эффективность антибактериальной терапии оказалось, что курение, пол, возраст, род занятий, наследственный фактор и длительность язвенного анамнеза воздействия не оказывают.

Таким образом, было выявлено, что на показатель эрадикации оказывает влияние только выбор антибиотиков в эрадикационной схеме. То есть максимальный эффект будет при использовании ИПП в комбинации с кларитромицином и амоксициллином.

При анализе влияния факторов риска ЯБ на рубцевание в ранние сроки (через 2 недели после начала лечения) было выявлено, что достоверно больше частота рубцевания была в группе некурящих пациентов. Замедление заживления дефекта можно объяснить повреждающим воздействием на состояние СОЖ токсических агентов, поступивших в организм. Согласно современным данным, риск развития язвенной болезни увеличивается под влиянием курения.

Вывод. В завершении подведения итогов работы следует предположить, что её результаты могут способствовать расширению представлений о современных методах комплексного подхода к особенностям ЯБ, предусматривающего анализ не только клинических, но и фармакоэкономических аспектов заболевания.

КАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФАОЛИЯТИ ЎЗГАРИШИНИНГ МИГРЕН КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

Саъдинова Г.У., Саидвалиев Ф.С.
Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги. Мигрен –кенг таркалган сурункали бирламчи бош оғрик касаллиги бўлиб, дунё аҳолиси ўртасида таркалиши 10–35% ни ташкил қилади. 90%га яқин мигрен мавжуд инсонларни ўртача ёки кучли даражадаги бош оғрик безовта қилади. Беморларнинг тўртдан уч қисмида бош оғрик хуружи вақтида иш фаолиятининг пасайиши кузатилади, учдан бир қисмида эса ётоқ режимини талаб қилади. Тахлилларга кўра, бош оғриги билан 50%дан кам беморлар шифокорларга мурожаат қилади, 30% даво муолажаларини олаётган беморлар натижаларидан қониқмайди. Мигренда кўплаб коморбид келувчи касалликлар мавжуд бўлиб, улар мигрен кечишини оғирлаштиради ва даволаш самарасини камайтиради. Жумладан, калқонсимон без фаолияти ўзгариши билан боғлиқ ҳолатларнинг мигрен кечишига таъсири кам ўрганилган ва бир қанча қарама-қарши фикрлар юзага келган. Шу сабабли мигренда коморбид келувчи калқонсимон без касалликларини ўрганиш долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: калқонсимон без дисфункциясининг мигрен кечишига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот давомида 18–55 ёшдаги мигрен ташхиси қўйилган 65 нафар (1 гуруҳ) бемор ва солиштириш учун мигрен мавжуд бўлмаган 30 нафар (2 гуруҳ) инсон текширувга олинди. Беморларга мигрен ташхиси халқаро бош оғрик касалликлари ташкилоти таснифи (ICHD-III) асосида қўйилди. Барча беморларда клиник–неврологик, лаборатор, инструментал текширувлар ва эндокринолог кўриги ўтказилди. Калқонсимон без фаолиятининг бузилиши кон зардобиди ТТГ, эркин Т4 микдорини аниқлаш орқали баҳоланди. Мигрен мавжуд беморларда бош оғрик интенсивлигини аниқлаш учун ВАШ шкаласидан фойдаланилди. Шкала 10 см (100 мм)ли горизонтал чизикдан иборат бўлиб, чап томон чети оғрик йўқлигидан, ўнг томон чети чидаб бўлмас кучли оғрик мавжудлигидан далолат беради. Беморга оғрик интенсивлигига кўра чизикни белгилаб бериш сўралади. Жавоблар линейка ёрдамида чап томон бошидан ўлчанади (мм). Минимал балл 0 мм, максимал балл 100 мм. Олинган натижа қуйидагича баҳоланади: 0–4 мм → оғрик йўқ, 5–44 мм → кучсиз оғрик, 45–74 мм → ўртача оғрик, 75–100 мм → кучли оғрик. Беморларда охириги бир ой давомида бош оғрик микдори оғзаки сўровнома ёрдамида аниқланди. Мигрен ташхиси қўйилган барча беморларда ташхисни асослаш учун бош мия МРТси ва ЭЭГ текширувлари ўтказилди. Беморларнинг барчасига невролог ва эндокринолог томонидан керакли дори воситалари тавсия этилди. Барча беморлар кейинги текширувлар учун кузатувга олинди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотга олинган беморлардан 1-гуруҳда 48(%) нафар аёл ва 17(%) нафар эркак, ўртача ёши $36,8 \pm 11,6$ ни, 2-гуруҳда 24 (%) нафар аёл ва 6(%) нафар эркак, ўртача ёши $34,4 \pm 10,2$ ни ташкил этди. Беморларда кон зардобиди ТТГ ва эркин Т4 микдори натижаларига кўра, мигрен ташхиси қўйилган беморларда солиштирма гуруҳга нисбатан гипотиреоз кўп кузатилди ($p<0,001$). 1-гуруҳда гипотиреоз 43% беморда, мигрен мавжуд бўлмаган солиштирма 2-гуруҳда 11% беморда гипотиреоз аниқланди. Мигрен ташхиси қўйилган ва гипотиреоз мавжуд беморларда охириги 1 ой давомида мигрен бош оғрик микдори, мигрен мавжуд гипотиреоз аниқланмаган беморларга нисбатан кўпроқ бўлди (ўртача $15,24 \pm 6,40$; $10,6 \pm 4,8$). Бош оғрик давомийлиги (соат) ҳам мигрен ва гипотиреоз аниқланган беморларда (ўртача

4.2 ± 3,6) гипотиреоз мавжуд бўлмаган беморларга ($2,28 \pm 1,62$) нисбатан деярли икки мартаба узокроқ давом этди ($p < 0,001$).

Хулоса. Юқоридаги натижаларга асосланган ҳолда қуйидаги хулосага келишимиз мумкин: мигрена қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши қўп кузатилади ва мигрен кечишини оғирлаштиради.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СЛЮННЫХ СВИЩЕЙ И СИАЛОЦЕЛЕ

Сипкин А.М., Мисиков В.К., Утиашвили Н.И.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф.Владимирского.

Введение. На новообразования слюнных желез приходится от 3% до 5% всех новообразований челюстно-лицевой области (Mendenhall W.M., Riggs C.E.Jr., et al., 2005). По данным Тимофеева А.А. (2012) опухоли околоушной железы составляют до 92,0 %. Одним из послеоперационных осложнений хирургического лечения околоушных слюнных желез является формирование слюнного свища или сиалоцеле. Согласно статистическим данным Американской Академии Оториноларингологии и хирургии головы и шеи, указанные осложнения образуются в 39 % случаев после субтотальных резекций околоушных слюнных желез. Сформировавшийся послеоперационный свищевой ход трудно поддается лечению, постоянное выделение слюны создает дискомфорт, влияющий на качество жизни пациентов на неопределенный период времени. В связи с этим в раннем послеоперационном периоде хирурги предпринимают следующие меры профилактики: тугое бинтование, назначение системных антихолинэргических препаратов, щадящая диета (без пищевых раздражителей), в некоторых случаях перевод на парентеральное питание. Лечение слюнных свищей сводится к их склерозированию, либо хирургическому иссечению. Эффект данных методов лечения может проявить себя через неопределенный период времени. С конца 1990-х годов в мировой литературе стали появляться доклады об успешном применении ботулинического токсина типа А в лечении слюнных свищей.

Ботулотоксин типа А (БТА) блокирует SNAP-25, самый активный транспортный белок. Таким образом, он оказывает воздействие везде, где работают транспортные белки – в мышечной ткани, в экзокринных железах, в болевых рецепторах. Таким образом он выключает секрецию слюнной железы, что является основополагающим фактором в лечении слюнных свищей. Основываясь на этом, нами было решено проводить инъекции ботулотоксина типа А перед субтотальными резекциями околоушных слюнных желез, для профилактики длительного слюнотечения из послеоперационной раны и формирования слюнных свищей.

Цель. Несмотря на существующие меры предупреждения образования слюнных свищей, процент их формирования достаточно высок. Поэтому целью нашего исследования являлось повышение эффективности и качества профилактики послеоперационных слюнных свищей и сиалоцеле.

Материалы и методы. Работа выполнена на кафедре челюстно-лицевой хирургии и госпитальной хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области "Московский областной клинический институт им. М.Ф. Владимирского" (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского).

В контрольную группу (I) были включены 50 пациентов с новообразованиями околоушных слюнных желез, которым не проводились инъекции препарата ботулотоксина типа А в паренхиму железы на предоперационном этапе.

Основную группу (II) составили 50 пациентов с новообразованиями околоушных слюнных желез, которым проводились предоперационные инъекции препарата ботулотоксина типа А в железистую ткань, окружающую новообразование, под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде проводился замер количества отделяемого из послеоперационной раны на 1, 3, 5 и 7-е сутки. Результаты, полученные в обеих группах, сравнивались и оценивались.

Результаты исследования. В контрольной группе у 17% пациентов сформировались слюнные свищи, у 80% больных отмечалось слюнотечение из послеоперационной раны в течение 5 суток после хирургического лечения. В основной группе не было осложнений в виде слюнных свищей и сиалоцеле, отмечалось отсутствие отделяемого из послеоперационной раны на 5-е сутки после операции у 100% пациентов. Таким образом, была подтверждена эффективность предоперационных инъекций препарата ботулотоксина типа А.

Выводы. Несмотря на большой клинический опыт в лечении доброкачественных новообразований околоушных слюнных желез, существующие в настоящее время методы профилактики послеоперационных свищей и сиалоцеле не всегда эффективны, что послужило основой для проведения нашего исследования. В связи с этим, целью нашей работы являлось повышение эффективности и качества профилактики послеоперационных свищей и сиалоцеле околоушных слюнных желез. Для чего проводились предоперационные внутривенные инъекции препарата ботулотоксина типа А. Было подтверждено, что применение БТА позволяет оптимизировать реабилитацию пациентов после субтотальных резекций околоушных слюнных желез.

ПРОФИЛАКТИКА TORCH ИНФЕКЦИИ

Собиров С.С., Авезов М.И.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: TORCH-инфекции – комплекс заболеваний, негативно влияющих на внутриутробное развитие плода. Некоторые виды бактериальных и вирусных патологий, развивающиеся в период гестации, деструктивно воздействуют не только на репродуктивную систему женщины, но и на эмбриогенез в целом. В связи с этим увеличивается вероятность замирания плода или пороков его развития.

Цель работы: Профилактика ТОРЧ инфекции, предотвратить интоксикацию организма и проникновение патогенов в утробу матери.

Основная часть: (TORCH)ТОРЧ – сокращенное название инфекций, развивающихся в период беременности наиболее часто и представляющих для плода высокую опасность. TORCH -инфекции расшифровываются так:

T – токсоплазмоз (toxoplasmosis);

O – иные инфекции (others) – гепатиты В и С, хламидиоз, листериоз, сифилис, парвовирусная и гонококковая инфекции, ветряная оспа, ВИЧ, энтеровирусная инфекция;

R – краснуха (rubella);

C – цитомегаловирус (cytomegalovirus);

H – это герпес (herpes).

Особую опасность для будущего ребенка представляет первичное инфицирование организма матери TORCH-инфекциями. При наличии антител к возбудителям болезней женщины могут спокойно планировать зачатие и беременность, не опасаясь осложнений. Отсутствие иммунитета к безвредным микроорганизмам является основанием для проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение вероятности инфицирования.

Возможность осложнений и степень их выраженности определяются типом заболевания:

Токсоплазмоз – приводит к гибели эмбриона на ранних или развитию эндокринных патологий, нейросенсорной тугоухости на поздних сроках беременности;

Краснуха – провоцирует пороки сердечно-сосудистой, мочеполовой, зрительной, нервной и пищеварительной систем;

Герпес – увеличивает вероятность выкидыша или преждевременных родов в последние недели беременности, нарушает функции печени, селезенки и ЦНС;

Цитомегаловирус – повышает вероятность появления врожденных уродств, гепатита, воспаления легких, пороков сердца;

Ветряная оспа – приводит к недоразвитости конечностей, гибели плода или нарушению функций зрительной системы.

Профилактика TORCH-инфекций заключается в соблюдении множества правил:

До и во время беременности следует тщательно заботиться о состоянии своего иммунитета, так как именно он защищает вас от вирусных инфекций.

Чтобы обезопасить себя от заражения токсоплазмозом необходимо, по возможности, прекратить или сократить контакт с домашними животными, соблюдать правила гигиены при уборке за животными и общении с ними, не кормить их сырым мясом, не отпускать на улицу, подвергать правильной термической обработке употребляемое в пищу мясо, тщательно мыть фрукты, овощи и зелень, кухонный инвентарь, регулярно проходить исследования на антитела к токсоплазме.

Для профилактики краснухи по показаниям минимум за полгода до планирования зачатия ребёнка сделать прививку, во время беременности не посещать детские коллективы, места скопления людей.

В настоящее время еще нет вакцины против цитомегаловируса и герпетической инфекции, нет и особых методов профилактики. Необходимо следовать общим мерам предупреждения респираторных заболеваний и заболеваний, передающихся половым путём, соблюдать личную гигиену, обследоваться на этапе планирования беременности.

В идеале обследование на торч-инфекции должно быть проведено при планировании беременности, либо как можно раньше во время беременности, что не является оптимальным.

Исследуется венозная кровь на наличие специфических антител (Ig M, Ig G) к перечисленным инфекциям (иммуноферментный анализ – ИФА). Анализ позволяет определить, была ли инфекция перенесена женщиной до беременности или нет, есть ли первичное заражение (острое течение болезни) или обострение имеющейся. При острой инфекции появляются иммуноглобулины класса М, о перенесённом заболевании и его активности говорят иммуноглобулины класса G.

Вывод: Профилактика TORCH-инфекций заключается в выявлении групп риска (серонегативные пациентки и пациентки с высоким риском инфицирования) у пациенток, планирующих беременность. Среди групп риска проводится профилактическая работа, при необходимости беременность откладывается до полного излечения.

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВРЕМЯ

Содинова Н.У., Ганиева И.У., Валиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Как общепрактикующие врачи тратят свое время? Средний врач, обеспечивающий 2000-2500 больных, из которых почти 15 % старше 65 лет, должен осмотреть около 50 больных в день (включая 5 визитов на дом). Основными заболеваниями, требующими внимания, являются инвалидизирующие (65 % консультаций), хронические (20 % консультаций). (Профилактическую работу, часто проводят среди всех категорий пациентов, которые иногда сложно разграничить). Продолжительность и частота консультаций.

Цель. Требуется ли при тяжелом заболевании короткая консультация или же короткая консультация служит причиной тяжелого заболевания вследствие того, что не была выявлена жалоба больного? Среднее время консультации врача общей практики составляет 6,6 мин, при длительности некоторых до 30 мин. Продолжительность консультации влияет на степень удовлетворенности ею больного и может повлиять на частоту консультаций с более низкой частотой повторных посещений и более редким выписыванием рецептов – особенно на антибиотики – и с более активной профилактической деятельностью.

Материалы и методы. В среднем время консультации составляет 8 мин при 10 мин на выписывание назначений, более длительное время тратится врачами менее продуктивно, если время превышает 10 мин. Удлинение времени приема отрицательно влияет на врача и не больного: проще придерживаться установленных 10 мин на оплату консультации. На увеличение или снижение времени консультации также влияют следующие факторы: Число записанных на прием больных, в также список личных больных. Отсутствие необходимости выписывать рецепт при легких заболеваниях.

Результаты. Новые больные (первый год) и больные в возрасте старше 65 лет. Время года (эпидемии), географический район, социальные условия. Высокая населенность некоторых районов, например Андиганского района, против минимальной населенности Алтинкульского района.

Выводы. Дети, лица пожилого возраста и женщины консультируются чаще, чем население в среднем. Профилактическая длительность. Не принимающие в ней участие больные теперь приглашаются в клиники.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ ДНК У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Солиев А.К., Линцов А.Е., Солиев Д.К., Ахмадалиева У.К.

Андиганский государственный медицинский институт

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

Цель исследования. Изучение влияния проводимой глюкокортикоидной терапии на процессы репарации ДНК. Несмотря на достаточно широкий спектр методов терапии, проблема лечения больных БА остается сложной. Связано это, в частности, с растущей аллергизацией населения, проявляющейся, в том числе, и непереносимостью многих лекарственных средств. Среди методов лечения, применяемых при бронхиальной астме, важное место занимает терапия глюкокортикоидными препаратами. Учитывая сведения о повышении частоты цитогенетических нарушений у больных БА и другими ХНЗЛ, у больных аллергическими заболеваниями, а также, имея данные о наличии изменений в системе репарации ДНК, под воздействием физических и химических факторов внешней среды и лекарственной терапии, в частности глюкокортикоидов, мы провели исследование процессов репарации ДНК у больных бронхиальной астмой. Оно проводилось на фоне лечения глюкокортикоидными препаратами.

Методы исследования. Для оценки возможного влияния терапии пероральными глюкокортико-стероидами на процессы репарации ДНК проанализирована интенсивность спонтанного внепланового синтеза (СВС) и индуцированного внепланового синтеза (ИВС) ДНК и значение индекса стимуляции репарации ДНК (ИСПР) в лимфоцитах периферической крови у 24 больных бронхиальной астмой, получающих терапию стероидными препаратами (преднизолон и триамцинолон) в суточной дозе до 6 таблеток (30 и 24 мг соответственно), в том числе 16 из них с глюкокортикоидной зависимостью. В группу сравнения вошли больные бронхиальной астмой тяжелого течения БАТТ и больные бронхиальной астмой средней тяжести течения БАСТ, не принимавшие таблетированные глюкокортикоиды.

Результаты анализа показали, что показатели репарации ДНК существенно не отличались ($P \geq 0,05$) у больных, получавших терапию стероидными препаратами и в сравнительной группе больных БА.

Соответственно не было обнаружено существенного различия показателей спонтанного внепланового синтеза (СВС) - $2,7 \pm 0,36$ и $3,6 \pm 0,32$; индуцированного внепланового синтеза (ИВС) - $6,5 \pm 0,90$ и $6,0 \pm 0,53$ и индекса стимуляции репарации (ИСПР) ДНК - $2,4 \pm 0,25$ и $2,1 \pm 0,09$ у больных, получающих терапию глюкокортикоидными препаратами и в сравнительной группе больных БА. Вместе с тем больные, получавшие до 2 таблеток стероидных препаратов в сутки, имели существенно более высокие значения ИСПР ДНК - $3,0 \pm 0,54$ ($P \leq 0,02$), чем пациенты сравнительной группы - $2,1 \pm 0,09$.

Выводы. Обнаруженные результаты позволяют заключить, что глюкокортикоиды не оказывают ДНК-повреждающего эффекта в дозах, используемых для лечения больных бронхиальной астмой. Вместе с тем применение стероидных препаратов в поддерживающей дозе может стимулировать репарационные системы ДНК.

РЕПАРАЦИЯ ДНК И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Солиев А.К., Линцов А.Е., Салиев Д.К., Усложнев Б.М., Плещак Н.М., Михельсон В.М.

Андиганский государственный медицинский институт

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова

Институт цитологии РАН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Причиной к неуклонному росту заболеваемости бронхиальной астмой считается как следствие изменение экологии, агрессивного действия окружающей среды: физическими химическими веществами, поллютантами ультрафиолетового облучения и другими повреждающими факторами. Учитывая сведения о нарушении цитогенетических показателей при некоторых пульмонологических заболеваниях включая бронхиальную астму актуально уточнить некоторые цитогенетические показатели частота хромосомных aberrаций (ХА, %) и сестринских хроматидных обменов (СХО, обменов на 1 клетку). Интенсивность (%) спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза ДНК у больных бронхиальной астмой с учетом клинко-патогенетических вариантов и особенностей течения болезни.

Цель исследования. Изучение частоты спонтанных хромосомных нарушений и репаративной способности ДНК в лимфоцитах больных бронхиальной астмой (БА) с различными фенотипами. Обследовано 123 пациента БА, включая 65 с аллергической БА (АБА) и 58 с неаллергической (НАБА).

Материалы и методы исследования. В лимфоцитах периферической крови 71 пациента проанализирована частота хромосомных aberrаций (ХА, %) и сестринских хроматидных обменов (СХО, обменов на 1 клетку). Интенсивность (%) спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследована у 58 больных.

Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСПР) определялся как отношение значений ИВС к СВС. Контрольную группу составили 35 здоровых индивидуумов.

Полученные результаты. Установлено, что в лимфоцитах больных БА, по сравнению со здоровыми, достоверно ($p < 0,02$) повышены уровни ХА ($7,1 \pm 0,39\%$ и $1,2 \pm 0,21\%$, соответственно), СХО ($10,0 \pm 0,39$ и $6,1 \pm 0,19$, соответственно) и СВС ($2,9 \pm 0,20\%$ и $1,9 \pm 0,30\%$, соответственно), а значения ИСР достоверно ($p < 0,001$) снижены ($2,4 \pm 0,14$ и $4,4 \pm 0,51$, соответственно).

В фазе обострения БА частота СХО оказалась достоверно ($p < 0,005$) выше у больных АБА по сравнению с НАБА ($13,3 \pm 0,62$ и $10,3 \pm 0,59$, соответственно). В фазе ремиссии БА обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение интенсивности ИВС ($8,1 \pm 0,83\%$ и $5,6 \pm 0,81\%$, соответственно) и повышенный уровень ХА ($6,3 \pm 0,55\%$ и $4,7 \pm 0,52\%$, соответственно) у пациентов с НАБА по сравнению с данными показателями у больных АБА.

Заключение: Таким образом, уровень выявленных в лимфоцитах больных БА структурных хромосомных нарушений и изменений показателей ДНК-репаративной способности связан с фенотипом заболевания.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ МАВЖУД БЕМОЛЛАРДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЛИНИК- ТАҲЛИЛИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

*Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Мамадалиев М.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

ОИВ инфекциясининг глобал эпидемияси дунёнинг барча мамлакатларини қамраб олди. Мавжуд баҳолашга кўра, ҳозирги кунда ер юзи аҳолисининг 40 миллиондан ортиқ кишиси ОИВ билан яшамокда.

Ўзбекистонда бу борадаги вазиятнинг кечиши Марказий, шарқий Европа ва Марказий Осиё мамлакатларига ҳос бўлган умумий тенденцияларни ифодалайди. Ўзбекистонда эпидемия концентрациялашган (тўпланган) босқичда бўлиб, ОИВ тарқалиши суръати ошиб бормокда. Шу билан бирга паразитар касалликлар ҳам жамоат саломатлиги учун жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда 2 миллиардгача одам ушбу касалликлардан азият чекомқда. Паразитар касалликларнинг ОИВ инфекцияси билан касалланганларда учраши касалликнинг клиник, иммунологик ҳолатига таъсирини ўрганиш муҳим долзарб масалалардан бири деб ҳисоблаймиз. Юқоридагилардан келиб чиқиб, ОИВ-инфекцияси қайд этилган беморларда паразитар касалликларнинг клиник – таҳлилий хусусиятларини ўрганишни мақсад қилдик.

Текширувимиздаги беморлар, асосан, Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасида 2018-2020 йиллар давомида даволанган, жами 152 нафар ОИВ-инфекциясига чалинган 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар кузатувимизга олинган бўлиб, бу текширувдаги беморларнинг 58 (38,15%) нафарида паразитар касалликлар аниқланган. Шу ёшдаги 62 нафар ОИВ-инфекцияси йўқ соғлом ҳисобланган болалар текширилганда, 11 (17,74%) нафарида паразитар касалликлар аниқланган. Беморлар, текширув режасига кўра, 2 гуруҳга ажратилган: I-гуруҳ 61 нафар паразитар касалликлар аниқланган ОИВ-инфекцияси мавжуд беморлар, II-гуруҳ 60 нафар ОИВ-инфекцияси паразитар касалликлари аниқланмаган беморлар. Паразитар касалликлардан энтеробиоз 32 нафар беморда, аскаридоз 2 нафар беморда, гименолепидоз 11 нафар беморда, лямблиз 8 нафар беморда, 5 нафарда энтеробиоз + гименолепидоз ва 3 нафарда энтеробиоз+ лямблиз касалликлари таҳлилий текширувда аниқланган. Биринчи гуруҳ беморларида касалликнинг клиник кечиши солиштирилганда, иштаҳасизлик, қориндаги оғриқ, қўнгил айниши, ич ўтиши, теридаги тошмалар, терининг қичишиши ва камқувватлик белгилари назорат гуруҳига нисбатан яққол намоён бўлиб, $9,2 \pm 0,43$ кунга узокроқ давом этган. Таҳлилий текширувларда I-гуруҳда вирус юкламаси $25874,47 \pm 23,67$ та, CD4 хужайралари $248,23 \pm 3,91$ та, II-гуруҳдаги беморларда бу кўрсаткичлар $15865 \pm 17,56$ та CD4 хужайралари $356,43 \pm 2,98$ тани ташкил қилганлиги аниқланди.

Шундай қилиб паразитар касалликлар ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларда соғлом болаларга кўра кўпроқ учраши, клиник кечишига салбий таъсир кўрсатиб, касалликни оғирлаштириши, иммун тизимини пастлашини янада чуқурлаштириши, яъни CD4 хужайраларининг озайиши, вирус юкламасининг ортишига сабаб бўлишини кўрсатди. Бу олинган маълумотлар паразитар касалликларни ўз вақтида даволашнинг муҳимлигини таъкидлаётди.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИДАН АСОРАТЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШИ

*Сотволдиев Г.И., Таштемирова И.М., Қодирова Г.И., Дусмуратова Д.А., Юлдашева Г.Т., Мамажоновна З.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Кириш: ЮИК жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, дунё аҳолисининг меҳнат қobiliятини вақтинчалик ёки бутунлай йўқотиши ва тўсатдан ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Кўп ҳолатларда ЮИК, ҳатта олти йиллик биргаликдаги таъсири сабабли ривожланиши мумкин, шулар қаторига қон зардобидagi паст зичли липопротеидлар (ЛПНП) миқдорининг ортиши қиради. Бўлмачалар фибрилляцияси бу бўлмачаларнинг синхрон қисқариши йўқолиб, алоҳида мускуллар гуруҳи ўз ҳолича қисқаришга ҳаракат қилиб қилпиқлайди. ЮИКнинг ўсиб боришида бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланиш, меҳнатга лаёқатли ёшларнинг бу касалликка қилиниши ва улар орасида ўлим ҳолатлари сезиларли даражада ошганлиги олимларни ташвишга солмоқда.

Мақсад: Бўлмачалар фибрилляциясидан асоратланган ЮИК билан оғриган беморларда липидлар спектрини ўрганиш.

Олинган натижалар: Жами 28 нафар бемор текширувга олинди, гуруҳларга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳи (14 нафар) соғлом кишилар, II гуруҳ – стенокардия биринчи марта пайдо бўлган беморлар (8 нафар). III гуруҳ – вазоспастик стенокардия билан хасталанган ва бўлмачалар фибрилляцияси бор беморлар (6 нафар). IV гуруҳ – Бўлмачалар фибрилляциясидан асоратланган авж олиб боровчи стенокардия билан хасталанган беморлар (14 нафар). Беморларнинг ёши 29-69 ёшгача бўлиб, ёш ўсиб борган сари касалликнинг учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Текширишларимиз мобайнида куйидагича натижалар олинди. II гуруҳда УХС-5,88±0,1ммоль/л, назорат гуруҳига нисбатан 34,4%га ошган. ТГлар миқдори II гуруҳда I гуруҳга қараганда 11,8%га ортган. ЮЗЛП II гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 18,1%га пасайган. ПЗЛПлар 3,1±0,07ммоль/лгача сезиларли бу I гуруҳга нисбатан 46,3%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,03±0,07 бирлик, бу I гуруҳга нисбатан 38%га юқори ($P<0,05$). III гуруҳда қон зардобидаги липидлар спектри текширилганда куйидагича натижалар олинди. УХС- 6,23±0,13ммоль/л бу эса 40,2%га назорат гуруҳидан, II гуруҳга нисбатан 7,3%га ортган. ЮЗЛП эса назорат гуруҳига нисбатан 43,1% га, II гуруҳга қараганда 26,5%га кўрсаткичлари пасайган. АИ кўрсаткичлари I гуруҳга нисбатан 63,7%га, II гуруҳга қараганда эса 25,7%га ортган. Текширув натижаларимизга кўра, авж олиб боровчи стенокардия билан хасталанган беморларда липидлар ўзгаришларини кўриб чиққанимизда куйидагича натижалар олинди: УХС – 66%; ТГ – 58,3%; ПЗЛП – 69,2%; ЮЗЛП – 15,9%; атероген-индекс 82%га II ва III гуруҳларга нисбатан ошганлиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб, бўлмачалар фибрилляциясидан асоратланган ЮИК билан оғриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобида умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши, ЮЗЛПнинг камайиши билан намоён бўлди. Бу текширишлар ЮИКнинг олдини олиш, бу хасталикда тромболитик даволаш ва статинларни тавсия этишга кўрсатма бўлади.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

*Султонов Г.И., Худайбердиева М.Ж., Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Туберкулёз лёгких (ТЛ) - одна из важнейших современных медико-социальных проблем вследствие широкой распространенности, сохраняющейся тенденции роста числа больных, их высокой инвалидизации и смертности, ограниченных возможностей и токсичности противотуберкулёзной терапии. В последние годы регистрируют возрастание заболеваемости сочетанными инфекциями с участием различных вирусов. Развитие инфекционного заболевания определяется многообразием факторов: воздействие ксенобиотиков при несостоятельности механизмов детоксикации, нарушение внутренней среды организма и системы иммунитета, истощения резервов компенсации у лиц с сочетанной патологией. Изменения гомеостаза, характера метаболических и иммунных реакций в условиях персистирующих вирусных инфекций обуславливают новые качественные характеристики туберкулёза.

В наступившем столетии туберкулёз, вирусные гепатиты В и С признаны ведущей патологией (ВОЗ, 2002). Вопрос о взаимном влиянии двух инфекций - ТЛ и хронического вирусного гепатита (ХГ) представляет большой интерес из-за высокой частоты их сочетания и в связи с ведущей ролью печени в иммунном ответе, в детоксикации и метаболизме противотуберкулёзных препаратов.

Угнетение монооксигеназной системы печени (МОС) приводит к увеличению частоты токсических реакций на лекарственные препараты, инактивация которых осуществляется печенью. Один из наиболее информативных показателей активности МОС - антипириновый тест, который рассматривают как отражающий «окислительный метаболизм лекарств печени», и как «общую метаболическую пробу». Несмотря на значительное число работ, посвящённых метаболизму антипирина при различных заболеваниях, лишь в единичных оценивается активность МОС у больных ТЛ, не определена зависимость состояния МОС от способов и кратности приема противотуберкулёзных препаратов.

Цель исследования. Определить частоту хронических заболеваний печени, социальные характеристики и клинические проявления ТВ у женщин, проживающих в Саратовской области.

Материалы и методы исследования. Проанализирована медицинская документация (истории болезни и карты выбывших из стационара) 195 женщин в возрасте от 20 до 65 лет, находившихся на лечении АОФД в 2019г.

Результаты исследования. Установлено, что заболевания печени регистрируются у 37(18%) женщин с впервые выявленным ТВ лёгких. Из них: вирусный гепатит С - у 15(78,5%), вирусный гепатит В - у 2(5,4%), токсическое поражение печени - у 20(54%). Клинические формы ТВ представлены: инфильтративным ТВ - у 25(67,5%), диссеминированным – у 6(16,2%), фиброзно-кавернозным – у 2(5,4%), очаговым ТВ - у 4(10,8%) человек. Из них с бактериовыделением было 13(35,1%), с распадом легочной ткани – 12(32,4%). У 13(35,1%) пациенток выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) возбудителя.

Наибольший процент заболеваний печени выявлен у женщин в возрасте от 30 до 40 лет – 17(45,9%), реже встречалось поражение печени в возрасте старше 40 лет – 12(32,4%) и моложе 30 лет – 8(21,6%) пациенток. Социальный статус обследованных: безработные – 30(81%) работающие -7(19%), и 2(5,4%) пациентки имели статус «без определенного места жительства».

Выводы. ТВ в сочетании с хроническими гепатитами у женщин чаще встречается в среднем возрасте от 30 до 40 лет- 45,9%, преимущественно у безработных -81% и характеризуется преобладанием более тяжелых форм ТВ и высоким уровнем МЛУ – 35,1%. Данная группа пациентов представляет собой группу высокого риска по неблагоприятному течению ТВ и нуждается в постоянном медицинском наблюдении и эпидемиологическом надзоре.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Тагаев К.Р., Мустафулов И.Б., Авазов А.А., Элмуродов Г.К.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Ожоговая болезнь у пожилых развивается даже при ограниченных (3-5% поверхности тела) по площади поражениях. Течение болезни часто усугубляется сопутствующей патологией (у 98%). Все это представляет

больше трудности при оказании первой врачебной помощи, оказание противошоковой терапии, оперативного лечения и выбора анестезиологического пособия (К.М.Крылов с соавт., 2011).

Материалы и методы. Анализ характера оказания первой помощи у 110 больных старше 60 лет показал, что для уменьшения чувства боли наиболее часто осуществляются следующие мероприятия: охлаждение обожженных участков тела водой, снегом, льдом (у 17 больных); употребление алкоголя внутрь (у 21); приём обезболивающих таблеток (у 30); аппликация на раны растворов анальгетиков (у 11); внутримышечное и внутривенное введение наркотических и ненаркотических анальгетиков (у 97 больных).

Результаты. Для оказания помощи пожилым морфин применяют относительно редко. Его введение может привести к угнетению моторики желудочно-кишечного тракта. Чаще всего врачи "скорой помощи" для обезболивания часто (до 95%) применяют промедол, который значительно уступает по своей анальгетической активности морфину, фентанилу и морадолу.

Анестезиологические пособия проводились в условиях ожогового шока (различной степени тяжести), выраженного болевого синдрома, гиповолемии, гипопротениемии, нарушения гомеостаза и т.д., на фоне противошоковой терапии; обострения сопутствующих хронических заболеваний: язва 12-ти перстной кишки и желудка, сахарный диабет, ИБС, перенесенные инфаркты миокарда, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения, бронхиальная астма и др. Большая часть (85%) анестезиологических пособий оказывались в условиях минимального наличия следящей и контролирующей аппаратуры (кардиомониторы и др).

Нами проанализирован опыт оперативного лечения и вид анестезии у пострадавших старше 60-ти лет. Средний возраст пациентов составил $75 \pm 2,5$ лет (от 60 до 87 лет). Ранние некрэктомии с последующей аутодермопластикой, экзартикуляции и ампутации (у 12) были выполнены у 167 пострадавших. Показанием для подобных вмешательств были глубокие (ШБ - IV степени), ограниченные по площади ожоги (от 2 до 10%), которые локализовались на туловище, верхних и нижних конечностях.

При оперативном лечении обожженных старше 60-ти лет риск анестезии нередко повышает риск хирургического вмешательства. Сопутствующая соматическая патология, реальная угроза декомпенсации состояния в ходе оперативного лечения требует соблюдения основных принципов проведения анестезии: достаточность анальгезии, адекватность вентиляции (искусственной либо спонтанной).

Наиболее распространенной методикой анестезии при аутодермотрансплантации является внутривенный наркоз с использованием кетамина, атарактиков, барбитуратов.

Многокомпонентные внутривенные анестезиологические пособия: кетамин+ реланиум+ дроперидол+ баралгин+ трамал составили 95% всех наркозов при любых локализациях, площади и глубины термического поражения. Катетеризация центральных вен выполнялась в 100% случаях ожогового шока.

Выводы. Все виды анестезиологического пособия проводятся строго индивидуально в тесном взаимодействии комбустиолога и анестезиолога.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ташматова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Результаты проведенного исследования расширяют представление о характере поражений желудка у больных СД 2 типа в сочетании с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и хроническим гастритом (ХГ), позволяют правильно оценить состояние больного при сочетанной патологии, осуществлять своевременный контроль за лечебными мероприятиями, направленными на нормализацию углеводного обмена и выявленных нарушений со стороны желудка.

Практическому врачу предложены оригинальные критерии диагностики патологии желудка при СД типа 2 на основе характеристики ее клинических, эндоскопических, морфологических, гистобактериоскопических особенностей, морфометрических показателей эпителиоцитов СОЖ, иммунореактивных к гастрину и соматостатину.

Высокий риск инфицированности *H.pylori* у больных СД 2 типа предполагает внедрение в протокол исследования методик выявления хеликобактериоза, с определением чувствительности к антибиотикам эрадикационной терапии.

Цель исследования. Изучение морфо - функционального состояния желудка с учетом количественной плотности эндокринных клеток, продуцирующих соматостатин и гастрин, у больных СД 2 типа и оценка эффективности антихеликобактерной терапии.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 320 пациентов СД 2 типа. С учетом критериев включения и невключения 78 пациентов составили исследуемые группы. В соответствии с целью и задачами исследования пациенты с СД 2 типа были распределены в две группы - 38 пациентов с ЯБЖ в сочетании с СД 2 типа - 1А (ЯБЖ+СД) группа и 40 пациентов с ХГ в сочетании с СД 2 типа - 1Б (ХГ+СД) группа. Группы сравнения были представлены больными без нарушений углеводного обмена - 22 пациента с ЯБЖ - 2А группа и 20 больных с ХГ - 2Б группа. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц обоего пола.

Результаты исследования. Хронический гастрит у пациентов СД 2 типа встречается в 83% случаев, ЯБЖ - в 6% случаев. В случае обострения ЯБЖ у больных СД 2 типа болевой абдоминальный и диспепсический синдромы носят менее выраженный характер, чем у пациентов контрольных групп. При клинко-морфологическом сопоставлении установлено, «немые язвы» имеют место в 22,8% случаев, эндоскопические признаки гастрита без клинических проявлений зарегистрированы в 19% случаев.

При СД 2 типа преобладают изменения СОЖ преимущественно атрофического характера, факторами риска которых является длительность заболевания более 10 лет и тяжелое течение диабета.

Особенностью морфологической картины слизистой оболочки желудка у пациентов СД 2 типа является уменьшение количественной плотности хромогранина А, уменьшение количественной плотности гастрин-иммунореактивных и соматостатин-иммунореактивных клеток, выраженность данного эффекта возрастает с длительностью СД 2 типа, степенью инфицированности *H.pylori* и наличием атрофических изменений слизистой оболочки желудка.

Распространенность инфекции - *H. pylori* у больных СД 2 типа составляет 92,5% при хроническом гастрите, 94,7% при ЯБЖ. Степень инфицированности чаще составляет «2+» и «3+». Имеется корреляционная зависимость обсеменения *H. pylori* с длительностью заболевания сахарным диабетом ($r = 0,84$, $p < 0,05$).

При СД 2 типа с сочетанной патологией желудка суточная секреция НСЛ ассоциируется с длительностью сахарного диабета. Установлена корреляционная зависимость частоты встречаемости гипоацидного состояния и длительности заболевания сахарным диабетом ($r = 0,64$ $p < 0,05$).

Вывод. Результаты проведенного исследования расширяют представление о характере поражений желудка у больных СД 2 типа в сочетании с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и хроническим гастритом (ХГ), позволяют правильно оценить состояние больного при сочетанной патологии, осуществлять своевременный контроль за лечебными мероприятиями, направленными на нормализацию углеводного обмена и выявленных нарушений со стороны желудка.

Практическому врачу предложены оригинальные критерии диагностики патологии желудка при СД типа 2 на основе характеристики ее клинических, эндоскопических, морфологических, гистобактериоскопических особенностей, морфометрических показателей эпителиоцитов СОЖ, иммунореактивных к гастрину и соматостатину.

СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ташилатова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Изучена структура синдрома диспепсии у больных сахарным диабетом типа 2. Диспепсические симптомы у больных функциональной патологии пищеварительного тракта значительно ассоциируются с параметрами компенсации углеводного обмена, диабетическими осложнениями. Хеликобактерная инфекция чаще диагностируется у больных сахарным диабетом, коррелирует с худшими показателями углеводного обмена, диабетическими осложнениями и выраженностью диспепсических симптомов. Качество жизни больных сахарным диабетом с функциональной диспепсией по всем шкалам хуже, чем у пациентов без диспепсии.

Цель исследования. Изучить клинические проявления синдрома диспепсии в зависимости от течения сахарного диабета и некоторых проявлений метаболического синдрома: индекса массы тела, показателей липидного обмена (уровень общего холестерина) у больных СД 2-го типа без сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые могли бы обусловить диспепсические жалобы.

Материал и методы исследования. Основным критерием включения больных в исследование был диагноз СД 2-го типа. К критериям исключения относились: состояния и заболевания в стадиях, требующих неотложного вмешательства, нарушенная когнитивная функция, использование в течение последних 12 месяцев лекарственных средств из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, теofilлинов, сердечных гликозидов, препаратов калия и железа, которые могут спровоцировать симптомы диспепсии. С учетом критериев включения и исключения в основной этап исследования вошли 107 человек.

Результаты исследования. Больные в обследованной группе имели разную длительность заболевания: впервые выявленный СД — 9,0%, СД, длящийся до 5 лет, — 25,0%, 5 - 10 лет — 39,0% и свыше 10 лет — 27,0%. Средний индекс массы тела составил $29,8 \pm 3,3$ кг/м². При этом у 4,5% больных наблюдался индекс, соответствующий нормальной массе тела, у 43,3% — избыточный индекс массы тела, у 43,3% — ожирение 1-й степени и у 9,0% — ожирение 2-й степени. Артериальная гипертензия диагностирована у всех больных и характеризовалась 2-й (36,4%) или 3-й степенью (63,6%). 56,8% больных были *Helicobacter pylori*-инфицированными. Уровень базальной гликемии в обследованной группе составил $6,8 \pm 1,8$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии — $9,8 \pm 3,0$ ммоль/л, гликированного гемоглобина — $A1c$ $7,5 \pm 1,3\%$, уровень общего холестерина — $5,8 \pm 1,0$ ммоль/л.

Наличие СД 2-го типа, ожирения, гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии демонстрирует выявленный метаболический синдром у большинства обследованных пациентов. При этом по параметрам углеводного обмена (уровню базальной и постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина $A1c$) показано наличие декомпенсированного углеводного обмена.

Клинические проявления синдрома диспепсии у больных СД 2-го типа продемонстрированы на рисунке. Видно, что самыми частыми проявлениями синдрома диспепсии в изучаемой группе были чувство переполнения (70,0%) и дискомфорт в эпигастриальной области (61,0%). Реже наблюдались ранняя насыщаемость, вздутие и тошнота (по 39,0%), в единичных наблюдениях беспокоила боль (27,0%).

Выводы. Частота синдрома диспепсии у обследованных больных СД 2-го типа была высокой (71,0%). При этом диспепсия, которую нельзя объяснить наличием органических заболеваний ЖКТ, характеризовалась дискинетическим вариантом (постпрандиальным дистресс-синдромом).

Синдром диспепсии в целом и его отдельные симптомы, которые не были вызваны сопутствующими заболеваниями ЖКТ, были ассоциированы с проявлениями СД 2-го типа: наличием диабетических осложнений и уровнем компенсации углеводного обмена, и не ассоциированы с такими проявлениями метаболического синдрома, как индекс массы тела и уровень общего холестерина сыворотки крови.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

*Ташпулатова Ф.К., Фаттахов Р.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Введение. Среди клинических форм туберкулеза одним из самых тяжелых остается туберкулезный менингит (ТМ), который представляет собой поражения мягких мозговых оболочек головного мозга. Своевременное выявление ТМ (в срок 10-12 дней) наблюдается лишь у 20-30% больных, что объясняется многообразием его клинических и морфологических проявлений.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и лабораторных изменений ТМ в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Обследовано 58 больных, поступивших в клинику центра фтизиатрии с диагнозом ТМ в период 2001 по 2019гг. Всем больным наряду с клиническими наблюдениями проводили общепринятые лабораторные обследования: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенологическое, ультразвуковое и электрокардиографическое, полимеразная цепная реакция (ПЦР). 37(63,7±6,3%) больным проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных было 53,4±6,4% мужчин и 46,6±6,4% женщин. Среди больных преобладали больные в возрасте 21 – 30 лет (46,6±6,4%). Проведен анализ длительности клинических проявлений ТМ у больных до поступления в противотуберкулезный стационар. Установлено, что у 17(29±5,9%) больных этот срок составил одну неделю, то у 22(37,9±6,3%) до двух недель. У 9(15,5±4,6%) больных длительность проявлений ТМ до поступления в стационар составил один месяц. Острое начало ТМ отмечено 17(29,3±5,9%), подострое у 41 (70,1±5,9%) больных.

Анализ амбулаторных карт и анамнестических данных показал, что у 31±6,0% больных ТМ в период раздражения нервной системы протекал под маской «гриппа и ОРИ», у 24±5,5% больных под маской «нейроциркуляторной дистонии», у 14±4,4 % заболеваний горла и носовых пазух, у 19±5,0% посттравматической энцефалопатии и 12±4,2% больные лечились самостоятельно и не выполняли своевременно врачебные рекомендации. Диагноз базиллярной формы туберкулезного менингита установлен у 26,3±7,1%, менингоэнцефалит- у 73,7±7,1% больных.

У 41 (70,6±5,9%) больного туберкулез был выявлен впервые, из них у 30 (73±6,94%) больных ТМ сочетался с туберкулезом легких, у 11 (26,8±6,4%) - с внелегочным туберкулезом. Среди больных с активным легочным туберкулезом преобладал диссеминированный туберкулез легких 27(73±5,7%).

В процессе обследования установлено, что у 77,5±5,4% больных отмечено повышенное давление в спинномозговом канале. Характер спинномозговой жидкости у 87,9±4,2% пациентов была прозрачной. Для большинства больных с ТМ 83±4,8% было характерно наличие ксантохромии. У 93,1±3,3% больных отмечено лимфоцитарный цитоз. У 58,6±6,4% больных наблюдали выпадение «фибриновой» пленки. Повышенное содержание белка в спинномозговой жидкости до 2,3г/л отмечено у 89,6±4,0% больных. Снижение глюкозы в спинномозговой жидкости установлено у 75±5,6% пациентов. Если в мокроте МБТ обнаружены у 14 (24,1±5,5%) больных, то в спинномозговой жидкости - у 5 (8,6±3,5%), при ПЦР исследовании ликвора обнаружено МБТ также у 6 (10,3±3,8%) больных. ПЦР крови у всех обследованных была положительной.

На КТ преобладали признаки отека головного мозга(75,7±5,5%), гидроцефалии (89,1±4,0%).

У 44 больных были изучены факторы, способствующие развитию ТМ. Статистически обработаны анамнестические, субъективные, объективные, лабораторные данные. Больные были разделены на две группы: 1-я группы – 22 больных, у которых на фоне комплексного лечения наблюдалось развитие ТМ; 2-я группа – 20 больных, у которых процесс характеризовался отсутствием ТМ.

При математической обработке методом наибольшего правдоподобия была рассчитана вероятность появления того или иного фактора при ТМ, для каждого из них определены коэффициенты отношения правдоподобия – коэффициент риска (КР) развития ТМ. Прогностически значимыми оказались такие факторы, как низкая эффективность предыдущего лечения- КР составляет 2,5, то есть в 2,5 раза увеличивается риск развития ТМ, наличия черепно- мозговой травмы в анамнезе (КР-13), перенесенный туберкулез в детстве (КР 3), наличия диссеминированного туберкулеза легких (КР-7,13)5),наличие внелегочного туберкулеза легких (КР- наличия сопутствующих заболеваний ВИЧ (КР – 5), наличие лимфопении (КР – 2,3), повышение СОЭ более 40 мм/ч (КР – 2,5), возраст от 30 до 40 лет (КР – 4,0), мужской пол (КР – 1,2).

Таким образом, для ТМ в современных условиях характерны: преобладание туберкулезного менингоэнцефалита и уменьшения частоты изолированной базиллярной формы, роста сочетаний менингита с туберкулезом легких и внелегочными поражениями. Установлены факторы риска развития ТМ такие как: наличие черепно-мозговой травмы в анамнезе, перенесенный в детстве туберкулез, наличие диссеминированного туберкулеза легких, сопутствующие заболевания типа ВИЧ инфекции, наличие которых диктует о необходимости более длительного лечения и наблюдения пациентов.

ЮИК БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОРОНАР СТЕНТЛАШДАН КЕЙИНГИ ИММУН ТИЗИМ ҲОЛАТИ ВА ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ЖАРАЁНИНИ БАҲОЛАШ

*Таштемирова И.М., Хўжамбердиев М.А., Қодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Содиқжонов К.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Қириш:Аҳоли ўртасида ЮҚТК сабабли оламдан қўз юмган беморлар 56%ни ташкил этса, 25% беморлар ногиронликка дучор бўлишмоқда, бу сўзсиз, миллатимиз саломатлиги ҳамда давлат бюджетига катта путур етказмоқда. ЮИК нинг ўсиб бориши билан бир қаторда, меҳнатга лаёқатли ёшларнинг бу касалликка чалиниши ва улар орасида ўлим

холатлари сезиларли даражада ошганлиги олимларни ташвишга солмоқда. Бундай омилларга эндотелийнинг зарарлашгани – эндотелий-1 (ЭТ-1) ва юқори сезувчан С-реактив оксигенининг (юсСРО) яллиғланишини киритишимиз мумкин. Ҳозирги кунда кўпгина касалликлар патогенези асосида эркин радикалларнинг перексид оксидланиш жараёнининг фаолланиши ётади.

Мақсади: ЮИК билан хасталанган беморларда коронар стентлашдан кейинги яллиғланиш факторлари, липопероксидация жараёнини аниқлаш.

Текшириш материаллари ва натижалари: Текшириш давомида беморлар асосан 3 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳи (15 нафар) соғлом кишилар, II гуруҳ – коронар стентлаш ўтказилган беморлар (14 нафар), III гуруҳ – коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморлар (10 нафар). Қон зардобидеги ЛПД маҳсулотларидан малоноводиальдегид (МДА) Б.В.Гаврилов ва ҳаммуаллифлари томонидан тавсия этилган усул билан аниқланди. Бизнинг текширув натижаларимизда коронар стентлаш ўтказилган беморларда липидларнинг ўзгаришларини кўриб чиқганимизда УХС – 58.5%; ТГ – 53%; ПЗЛП – 74.5%; ЮЗЛП – 19%; атероген-индекс 80.3% назорат гуруҳига нисбатан ўзгарганлиги аниқланди. ЛПД кўрсаткичларидан иккиламчи маҳсулот ҳисобланган МДА назорат гуруҳига нисбатан II – гуруҳда 67.4%; (P<0,01); III - гуруҳда 75.3%гача ошганлиги аниқланди (P<0,001). Стентлаш ўтказилган беморларда сурункали равишда яллиғланиш борлиги юсСРО даражасини кўтарилганлиги билан тасдиқланди. Бизнинг текширувларимиз кўрсатдики, СРО даражаси касаллик турига қараб турлича бўлди. Шунда, коронар стентлаш ўтказилган беморларда 2,1 марта (p<0,001)га назорат гуруҳига нисбатан юқори, коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморлар гуруҳида-энг юқори кўрсаткич 86,4%, 2,7 марта (p<0,05)га ортганлиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб, коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда ЛПД кўрсаткичларидан иккиламчи маҳсулот ҳисобланган МДА интенсификацияси ортган. ЛПД маҳсулотлари тўқималар учун захарли бўлиб, уларнинг цитоплазма мембранасига таъсири иккиламчи ўзгаришларга олиб келади ва патологик жараёнларнинг ривожланишида муҳим звено бўлади. Юқори сезувчанлик С-реактив оксигенининг томир девори сурункали яллиғланиши медиатори сифатидаги роли ўрганилади ва коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг сурункали равишда яллиғланиш борлиги юсСРО даражасини кўтарилганлиги билан тасдиқланди.

АНДИЖОН ШАҲАР ВА ҚИШЛОҚЛАРИДА АЁЛЛАР ЎРТАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ТАРҚАЛИШИ

*Тахтемирова И.М., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Латипова К.Ю., Ахмаджанова Д.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Кириш. Юрак қон-томир касалликлари жуда кўп давлатлар, жумладан Ўзбекистонда ҳам ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади. Ҳозирги давргача МС этиологияси охиригача ўрганилмаган. Абдоминал семиришдаги ИР ривожланишининг барча мавжуд сабаб ва механизмлари тўлиқ изоҳланмаган ва МСнинг хавф омилларини тарқалиши тўлиқ тушунириб берилмаган.

Текширув материаллари ва усуллари. Биз ҳам аёллар орасида шаҳар ва қишлоқларда МСни қай даражада тарқалганлиги ҳақида илмий тадқиқот ўтказдик. Илмий тадқиқот АДТИ клиникасининг I ва V- терапия кардиология бўлимларида даволанган аёл беморлар текширувга олиниб, касаллик тарихларини ретроспектив ўрганиш асосида олиб борилди.

Илмий тадқиқот натижалари. Ўрганиш мобайнида аёлларни ёш гуруҳларга ажратиб олинди ва натижалар таҳлиliga кўра, қуйидаги натижалар олинди. Аёллар орасида МСни ёшга хос тарқалганлиги қуйидагича: 1650 бемор аёл даволанган: уларнинг ёшига нисбатан тарқалиши 20-29 ёшда 2%, 30-39 ёшда 6,9 %, 40-49 ёшда 26,6 %, 50-59 ёшда 32,4 %, 60 ёшда 32,1%ни ташкил этди ва МС 50-59 ва 60 ёшларда кўп тарқалганлиги аниқланди. Аёлларда асосий хавф омилларининг учраши қуйидагича бўлди. Аёлларнинг 76% асабийлашишга, 10% ирсиятга, 6,1% аёл семиришга, 3,6% климакс даврига, 4,3% менопауза даврига касалликларини боғлиқ деб билишган. 2012- 2014 йиллар давомида даволанган аёллар ўртасида шаҳарлик аёллар 51,2%ни, қишлоқларда истиқомат қилувчи аёллар эса 48,8%ни ташкил қилди. Бизнинг текшириш натижаларимизда МС билан оғриган шаҳарлик аёллар сони билан қишлоқда истиқомат қилган аёллар орасида статистик ифодаланган тафовут аниқланмади. Текшириш давомида аёлларнинг ЭКГда ритм бузилишлари: синусли тахикардия - 13,6%; синусли брадикардия - 5,4%; экстрасистолия – 7,8%; титрок аритмия – 0,5%; Гисс тутами қамали - 2,6%; пароксизмал тахикардия - 0,8% кузатилган. Натижаларга кўра, ритм бузилишларидан энг кўпи СТ бўлиб, бу кўпроқ 20-29; 30-39 ёшдаги аёлларда кўп учраган.

Хулоса: Ушбу олиб борган илмий тадқиқот натижалари МС ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини тарқалиши, шаҳар ва туманларда яшовчи аёлларда МСни тарқалиши, яшаш шароити, касби, ёши, яшаётган иқлими, мунтазам ва номунтазам даволаниш турлари турли ёшларда ҳар хил учраши мумкинлигини яна бир бор тасдиқлади. Бу аёллар орасида МСни ташхис қилишда, МСнинг олдини олиш ва даволашда аҳамиятга эга бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.

ЮРАК ТОЖ ТОМИРЛАРИНИ СТЕНТЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕСТЕНОЗ РИВОЖЛАНГАН ЮИК БИЛАН БЕМОЛЛАРДА ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ

*Тахтемирова И.М., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Усмонов Б.Б., Роҳибжанов А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Кириш: Юрак ишемик касаллиги кўп тарқалган касаллик бўлиб, унинг давоси ва профилактикаси хусусидаги муаммоларнинг кескинлиги ҳамон камайгани йўқ, балки аксинча бу касаллик таҳдид соладиган тусга кириб, одамларнинг дунёдан бевақт кўз юмиб кетишига, айни навқиронлик даврида ногирон бўлиб қолишга сабаб бўлмоқда. Сўнгги йилларда

тасдиқландики, яллиғланиш цитокинларининг гиперпродукциясининг ЮИК ривожига таъсири энг аввало ўсма некрози омили (ФНО-а), интерлейкин-1 (ИЛ-1), одам организми периферик тўқималари ва кардиомиоцитига ИЛ-6нинг бевосита жароҳатловчи таъсир йўли билан амалга ошади.

Мақсади: ЮИК ва абдоминал семириш билан хасталанган беморларда коронар стентлашдан кейинги яллиғланиш факторлари, липопероксидация жараёнини аниқлаш.

Текшириш материаллари ва натижалари: беморларнинг ёши 29-69 ёшгача бўлиб, текшириш давомида асосан 3 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳи (15 нафар) соғлом кишилар, II гуруҳ – коронар стентлаш ўтказилган беморлар (12 арна), III гуруҳ – коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморлар (8 нафар). Қон зардобдаги ЛПО маҳсулотларидан малоноводальдегид (МДА) Б.В.Гаврилов ва ҳаммуаллифлари томонидан тавсия этилган усул билан аниқланди. Бизнинг текширув натижаларимизда коронар стентлаш ўтказилган беморларда липидларнинг ўзгаришларини кўриб чикганимизда УХС – 60%; ТГ – 58,3%; ПЗЛП – 79,1%; ЮЗЛП – 15,9%; атероген-индекс 82% назорат гуруҳига нисбатан ўзгарганлиги аниқланди. ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи маҳсулоти ҳисобланган МДА назорат гуруҳига нисбатан II – гуруҳда 67%; ($P < 0,01$); III – гуруҳда 82,5% гача ошганлиги аниқланди ($P < 0,001$). Бизнинг тадқиқотларимиз кўрсатдики, иммун тизим яллиғланиши ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реагирланади. Шундай, ИЛ-6 коронар стентлаш ўтказилган беморлар гуруҳида ўртача 63,0%га ($p < 0,001$), коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда то кескин 1,94 мартага ($p < 0,001$) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ-10 пасаймади, аксинча II гуруҳ беморларда (34,4%; $p < 0,01$) III гуруҳ (1,92 марта; $p < 0,001$) назорат гуруҳига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ-10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган.

Хулоса: Шундай қилиб, коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи маҳсулоти ҳисобланган МДА интенсификацияси ортган. ЛПО маҳсулотлари тўқималар учун захарли бўлиб, уларнинг цитоплазма мембранасига таъсири иккиламчи ўзгаришларга олиб келади ва патологик жараёнларнинг ривожланишида муҳим звено бўлади. Шундай қилиб, коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда цитокинлар даражаси сезиларли ўзгариши аниқланди. Рестеноз ривожланган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш муҳим аҳамиятга эга.

СОСТОЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Таиштемурова И.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Мамажонов З., Рохибжонов А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее время перед нами встала новая пандемия, т.е. в медицине появился новый термин метаболического синдрома (МС) и он обобщает основные факторы, ведущие к развитию атеросклероза. В литературе за последние годы приводится много информации об основной роли МС в развитии различных заболеваний. Об этом говорят данные, о МС обусловленных моногенными нарушениями. МС представляет комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и пуринового обменов, а также механизмов регуляции артериального давления и ретикулы эндотелия. В основе развития этих расстройств лежит снижение чувствительности тканей к инсулину – инсулинорезистентность (ИР). Следовательно, гиперурикемия (ГУК) и микроальбуминурия (МАУ) – это тесно взаимосвязанные процессы, характеризующие клиническое проявление МС. Однако работ по изучению состояния пуринового обмена и микроальбуминурии у больных МС недостаточно и эта проблема нуждается в дальнейшем комплексном исследовании.

Цель работы. Изучение состояния пуринового обмена и микроальбуминурии у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Было обследовано 50 больных в возрасте от 30 до 55 лет, страдающих МС с учетом факторов риска и поражений органов-мишеней. В условиях стационара обследованы 18 больных мужского (34,7%) и 32 женского (65,3%) пола в возрасте от 30 до 55 лет, которые были рандомизированы на следующие 3 группы: I (контрольная) – здоровые лица в возрасте 25-40 лет – 15 человек; II – больные артериальной гипертензией – 18 человек в возрасте 30-59 лет; III группа – больные с МС – 32 в возрасте 30-59 лет. Состояние пуринового обмена определяли энзиматическим колориметрическим методом по уровню мочевой кислоты в сыворотке крови на автоматическом анализаторе Stat Fax Awareness technology INC (Италия), с использованием реактивов Hospitex diagnostics s.r.l. (Италия). Результаты клинических исследований обработаны с помощью прикладных программ статистической обработки программы Excel, а также методом вариационной статистики с использованием таблиц t-критериев Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У большинства больных МС заболевание было связано с наследственным фактором (31,5%), ожирением (30,0%) алиментарным фактором (28,4%), и низкой физической активностью (гиподинамия – 10,1%). В группе алиментарного фактора больные указывают на избыточное употребление углеводов и жиров. Избыточной масса тела и ожирение считается основными компонентами МС. И вместе с тем особый интерес вызывает взаимосвязь между компонентами МС. У обследуемых больных были определены индекс Кетле (ИК) показатель массы тела и степень абдоминального ожирения (АО). Измерение окружности талии в I-группе показало 78,8±1,14 см, во II-группе 80,3±0,46, а у с МС-102,5±1,5. У больных с АГ АО был выше показателей контрольной группы на 1,9%, т.е. показатели были почти одинаковыми. При обследовании ИК в контрольной группе этот показатель показывал 24,3±0,7 м², а во II-ой группе ИК был равен 26,7±1,3 м². В группе ГБ ИК был выше на 4,9%, показатели почти не отличались. У МС ИК в среднем составлял 32,6±0,8 м², был выше показателей контрольной группы на 35%, показателей II-ой группы на 28,6%. Полученные результаты дают основание полагать, что артериальное давление и уровень гликемии связаны с массой тела. Пуриновый метаболизм оценивали на основании определения в образцах плазмы венозной крови, взятой натощак, концентрации мочевой кислоты. Гиперурикемия уровень МК свыше 0,45 ммоль/л была выявлена нами у 52,6% пациентов, страдающих МС, и у 37,1% больных, имевших клинику АГ. С целью более углубленного анализа взаимосвязи уровня урикемии с другими параметрами МС, мы разделили всех обследованных лиц по результатам проведенного исследования на 3 клинические группы. По мере нарастания клинической картины синдрома, росла и распространенность гиперурикемии: в группе АГ - в

22,2% случаев: в группе МС в 50,7% случаев.

В проведенном нами исследовании гиперурикемия была выявлена у 52,6% пациентов, страдавших МС, что несколько превышает данные других авторов. Однако, частота нарушений пуринового обмена зависела при этом от наличия сопутствующих компонентов МС: при его отсутствии она составляла всего 22,2%, нарастала по мере прогрессирования клинической картины синдрома и достигала максимума - 68,6% - у пациентов с МС. Кроме того, нами было отмечено, что концентрация МК в крови достоверно коррелировала со степенью выраженности ожирения, гиперинсулинемии, триглицеридемии и гликемии параметрами, отражающими состояние ИР.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что гиперурикемия является нарушением обмена веществ и одним из компонентов, присущих метаболическому синдрому. Нами обследовано 26 больных МС на наличие МАУ. Пациентов разделили на группы. Критериями формирования групп послужили стадии диабетической нефропатии (ДН): 1 – группа – больные с нормоальбуминурией: экскреция альбумина с мочой ниже 30 мг/сут; 2- группа – больные с МАУ: экскреция альбумина с мочой от 30-300 мг/сут; 3 – группа – больные с протеинурией (ПУ), выявляемой при исследовании суточной экскреции белка с мочой и с сохранённой азотовыделительной функцией почек (уровень креатинина в сыворотке крови ниже 110 ммоль/л). Результаты исследования показали, что МАУ была выражена у больных АГ в 22,4% случаев, у больных МС – в 75,2% случаев. При наличии МС у больных отмечается неселективная протеинурия в 80,1% случаев. Степень МАУ и ПУ прямо коррелировала со степенью ДН: при начальной стадии ДН – МАУ на уровне микроальбуминурии (<30 мг/сут), при ДН II стадии МАУ от 30-300 мг/сут, при ДН III – IV степени определяется ПУ. Степень выраженности ПУ прямопропорциональна степени ДН. При ДН III стадии ПУ составила $1,47 \pm 0,7$ г/сут, при ДН IV стадии – $2,7 \pm 1,9$ г/сут.

Таким образом, у больных МС наличие нормоальбуминурии свидетельствует об адаптивно-компенсаторной реакции сосудов, направленной на преодоление развивающейся патологии почек. Наличие МАУ означает, что стадия МАУ может быть обратима при своевременном начале лечения и затормозит прогрессирование ДН и её переход в стадию ПУ и ХПН.

Большинство случаев МС возникает на фоне длительного сосуществования факторов риска, к которым относится повышение ТГ, липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и понижение уровня ЛПВП в плазме крови. Как видно максимальный уровень общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП отмечается в III группе, по сравнению с контрольной и II группами. По сравнению с контролем значение общего холестерина у больных с АГ увеличено на 30,4%, а у с МС – на 47,8%. Содержание триглицеридов в III группе превысило значение контроля на 71%, во II группе на 44,4%. Уровень ЛПНП во II группе превысил показатель контрольной группы на 53,8%, содержание ЛПНП в III группе увеличено на 99,7% по сравнению со здоровой группой. ЛПВП во II и в III группах снижено по сравнению с контролем. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 8,8%, а при I и III групп – 46,6%. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 7,1%, а при I и III групп – 47,6%.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что гиперурикемия является нарушением обмена веществ и одним из компонентов, присущих метаболическому синдрому. Степень выраженности ГУ прямо пропорциональна нарастанию клинической картины МС. У больных МС наличие нормоальбуминурии свидетельствует об адаптивно-компенсаторной реакции сосудов, направленной на преодоление развивающейся патологии почек. Наличие МАУ означает, что стадия МАУ может быть обратима при своевременном начале лечения и затормозит прогрессирование ДН и её переход в стадию ПУ и ХПН. Наличие МАУ – о клубочковой гипертензии и уменьшении клубочковой фильтрации.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ И

Тожибоева Ё.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение повышенного стирания зубов представляет собой непростую задачу для врача-стоматолога. Традиционное ортопедическое лечение заключается в изготовлении накладок и коронок на стертые зубы. Наиболее консервативный метод ортопедического лечения - керамические виниры с адгезивной фиксацией. Применение керамических виниров является дорогостоящим методом лечения, и при появлении трещин и переломов в отдаленные сроки керамические микропротезы не поддаются починке. В последнее время в медицинской литературе много внимания уделяют терапевтическому методу лечения повышенного стирания зубов.

Цель исследования. Стандартизация подготовки к реставрации зубов с повышенным стиранием.

Материалы и методы. Для стандартизации пространства между антагонистом и зубом с повышенным стиранием нами предложено использовать шарик из композиционного материала заданного диаметра, закрепленный на проволоке. Пациентка Т. В., 66 лет, коронка зуба 21 стерта на 1/3 длины вестибулярной поверхности, стерт небный бугорок, обнажен заместительный дентин. Диагноз: повышенное стирание зуба 21 (патологическая стираемость, локализованная смешанная форма, II степень тяжести). Антагонисты - искусственные пластмассовые зубы частичного съемного пластиночного протеза.

Результаты. При планировании реставраций необходимо ответить на следующие вопросы: имеется ли место для реставрации и достаточно ли места для выполнения реставрации, как измерить пространство для реставрации? Толщина реставрации должна быть не менее 1,5 мм. Для измерения величины пространства между антагонистами мы предлагаем использовать шарик из композиционного материала, закрепленный на проволоке. Расстояние между дистальным маргинальным гребнем и антагонистом составило менее 1,5 мм, поэтому было проведено препарирование этого участка коронки до тех пор, пока пространство не стало достаточным для выполнения реставрации.

Таким образом, предложено приспособление для измерения пространства между зубами-антагонистами при повышенном стирании зубов.

Выводы. Использование предложенного приспособления для измерения пространства между антагонистами позволяет стандартизировать подготовку зубов с повышенным стиранием к реставрации.

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПАРОДОНТИТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Тожибоева Ё.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки часто ассоциированы с воспалительными заболеваниями пародонта и афтозными поражениями слизистой оболочки полости рта. На фоне заболеваний органов пищеварения нарушается динамическое равновесие процессов де- и реминерализации эмали, что способствует возникновению кариозного процесса. На фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительно-деструктивные изменения в пародонте имеют генерализованный характер и протекают значительно активнее. В лечении пациентов с сочетанной патологией ЖКТ и полости рта необходим комплексный подход.

Цель исследования. Разработка алгоритма диагностики пациентов, страдающих сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта, пародонта и слизистой оболочки рта.

Материалы и методы исследования. Существуют различные методы диагностики: оценка состояний тканей пародонта; определение индексов; заполнение пародонтологической карты пациента. Дополнительные методы: рентгенологический; ЭГДС с прицельной биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка с ПЦР верификацией *H. pylori*; внутрипищеводная и внутрижелудочная рН-метрия; ПЦР-диагностика *H. pylori* в биоматериале из пародонтальных карманов; уреазный дыхательный тест; диагностика кандидоза полости рта; исследование активности апоптоза в слизистой оболочке десны при окраске по Мозеру а также исследование цитокинов ротовой жидкости.

Выводы. Проведение данных методов позволяет определить этиологию заболевания, назначить антибактериальную терапию, создать условия для последующего стоматологического лечения, контролировать стабильность ремиссии и прогнозировать возможные рецидивы.

ВОЗБУДИТЕЛИ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тошпулатов Бекмирза Холмирзаевич

Андижанский государственный медицинский институт

Мочекаменная болезнь (МКБ) составляет около 14,4 % от всех болезней в популяции, на некоторых территориях этот показатель может повышаться до 24 %. Существуют регионы, где МКБ встречается особенно часто и имеет характер эндемического заболевания, таковы южные и восточные районы Азии, Северной Австралии, Северо-восточной Африки, большая часть Европы, Урала, Поволжья и Западной Сибири. По Андижанской области распространенность МКБ составляет 3,5-3,9 %, обращаемость в урологический стационар по поводу МКБ достигает 30% от всех случаев госпитализации и занимает второе место после инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого тракта.

Известно, что восприимчивость к грибковым инфекциям кожи и ногтей, зависит от комплекса сопутствующих заболеваний и меняется в зависимости от тяжести и особенности последних, также меняется клиническая картина поражения ногтей. Из пораженных ногтей выделяют около 50 видов грибов. Все известные возбудители онихомикозов принято делить на 3 группы: дерматомицеты, дрожжеподобные грибы рода *Candida* и плесневые грибы. В Узбекистане, западноевропейских странах и США около 80% всех случаев онихомикозов вызвано *Trichophyton rubrum*. На втором месте по частоте встречаемости среди дерматофитов находится *T. mentagrophytes var. interdigitale*, на долю которого приходится около 10–20% случаев дерматофитии ногтей.

Цель исследования. Изучить характер грибковой микрофлоры ногтевых пластинок стоп у пациентов с мочекаменной болезнью.

Материал и методы. Исследование проводили у 50 пациентов с тяжелым течением МКБ, госпитализированных в урологическое отделение клиники АГМИ по поводу приступов почечной колики. Больные были в возрасте от 22 до 82 лет (средний возраст $59,2 \pm 13,4$ лет), из них мужчин 29 (58 %), женщин – 21 человек (42 %). У всех пациентов был проведен полный дерматологический осмотр, базовая клиническая фотометрия ногтевых пластинок стоп, забор материала с ногтевых пластинок стоп у всех пациентов не зависимо от клинической картины состояния ногтей.

У пациентов определяли основные симптомы, характеризующие тяжелое течение МКБ: гематурия – в 48 случаях (96,0%), бактериурия – в 18 (36,0%), лейкоцитурия – в 22 (44,0%), сочетанный мочевого синдром – у 15 лиц (30,0%). Повышенный уровень мочевины определен у 23 обследуемых (46,0%) данной группы, ускоренное СОЭ зарегистрировано в 20 (40,0%) случаях, гипостенурия – у 14 пациентов (28,0%).

Всем пациентам проводили забор материала с ногтевых пластинок для выявления характера грибковой микрофлоры. Клинический диагноз онихомикоза подтверждали при получении положительного результата микроскопии. При микроскопии применяли метод просветления материала. Фрагмент ногтевой пластинки помещали в одноразовую пластиковую пробирку, добавляли 1 мл 10 % раствора КОН, выдерживали при 30°C 16 ч, далее проводили изучение под малым (объектив 20×) и большим увеличением без иммерсии (объектив 40×) на оптическом микроскопе «LEITZ BIOMED» (Германия) со встроенной фотокамерой. Выполняли фотофиксацию с использованием программы Axial Vision для визуализации полученных результатов.

От всех обследованных лиц получено письменное информированное медицинское согласие на участие в исследовании и использование персональной информации.

Результаты исследования и обсуждение. При осмотре изменения ногтей стоп были выявлены у 44 (88 %) пациентов с тяжелым течением МКБ. Клинические признаки онихомикоза проявлялись различным типом поражения ногтевой пластинки: преобладал гипертрофический вариант – у 32 человек (64 %), нормотрофический отмечался у 10 (20 %), онихогрифоз – у 2 пациентов (4 %). При микроскопии диагноз онихомикоза подтвердили в 39 (78%) случаях. Соответственно у 5 пациентов наблюдалась ониходистрофия. При микроскопии ветвистый мицелий обнаружен в 4 образцах (8 %), спорулированный – в 6 (12 %), дрожжеподобный – в 24 случаях (48 %).

Таким образом, у 78% пациентов с тяжелым течением мочекаменной болезни диагностирован онихомикоз стоп, протекающий с преимущественно гипертрофическим изменением ногтевой пластинки. Выявлена высокая встречаемость плесневых и дрожжеподобных грибов на ногтевых пластинках пациентов с тяжелым течением МКБ, при меньшей встречаемости классических возбудителей онихомикоза – грибов рода *Trichophyton*. Современные методы генодиагностики являются перспективной заменой бактериологического исследования для верификации грибов рода *Trichophyton*.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Исаков А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Частота и тяжесть сопряженных с ожирением нарушений и заболеваний зависят не только от степени ожирения (по ИМТ), но и особенностей отложения жировой ткани в организме. В последующие годы многочисленные наблюдения и исследования подтвердили: избыточное накопление абдоминальной жировой ткани, как правило, сопровождается метаболическими нарушениями и в значительной мере увеличивает риск развития АГ, СД 2 типа, атеросклеротических заболеваний. В индустриальных странах среди населения старше 30 лет распространенность метаболического синдрома составляет, по данным различных авторов, 10-20%. Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) обуславливают накопление окисленных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), что приводит нарушению микроциркуляции. С этой точки стало интересным изучение процессов ПОЛ при МС, так как основным биохимическим показателем крови является повышение ЛПНП. Для понимания атеросклероза, АГ и ИБС необходимо изучение биогенных аминов (адреналин, норадреналин, серотонин и др.) и их предшественников, продуктов обмена и ферментов, участвующих в их метаболизме.

Целью работы явилось изучение взаимосвязи функциональной активности симпатико-адреналовой системы и процессов перекисного окисления липидов у женщин фертильного возраста с метаболическим синдромом.

В условиях стационара 44 обследованных женщин в возрасте 25-49 лет были рандомизированы на следующие 3 группы: I (контрольная) – здоровые лица в возрасте 25-40 лет – 15 человек; II – больные артериальной гипертензией – 11 человек в возрасте 30-49 лет; III группа – больные МС – 18 женщин в возрасте 30-49 лет. Диагноз у всех обследованных пациентов выставлен на основании данных клинического наблюдения, лабораторного анализа и функциональной диагностики. МС выставлен на основании рекомендаций экспертов всероссийского общества кардиологов.

Максимальный уровень общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и малонового диальдегида (МДА – продукт ПОЛ) отмечается в III группе, по сравнению с контрольной и II группами при $t > 2$ по критерию Стьюдента ($P < 0,05$; $P < 0,01$; $P < 0,001$). По сравнению с контролем значение общего холестерина у больных с АГ увеличено на 42,2%, а у женщин с МС – на 51,1%. Содержание триглицеридов в III группе превысило значение контроля на 46,6%, во II группе на 20%. Уровень ЛПНП во II группе превысил показатель контрольной группы на 60,7%, содержание ЛПНП в III группе увеличено на 85,7% по сравнению со здоровой группой. Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) во II и в III группе снижены по сравнению с контролем. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 7,1%, а при I и III групп – 47,6%. При анализе данных МДА мы отметили статистически достоверное увеличение содержания в III группе по сравнению с I на 47,6%, а разница между I и II групп составила 7,1%. При исследовании мы отметили статистически достоверное увеличение выведения А и НА в суточной моче больных АГ и МС. Так, суточная экскреция суммарного А у больных АГ со здоровыми лицами повышена на 38,2% ($P < 0,001$), суммарного НА на – 31,8%. Экскреция в суточной моче всех фракций ДА и ДОФА у больных АГ статистически достоверно ниже контрольного уровня. Выведение свободного, конъюгированного и суммарного А и НА у больных МС было статистически достоверно выше показателя здоровых. Различия в экскреции ДОФА при МС составило 39,1% ($P < 0,001$).

Таким образом, результаты проведенных комплексных исследований показали, что при МС происходит активация САС, выраженная значительным повышением экскреции КА (А, НА, ДА, ДОФА). Полученные нами результаты свидетельствуют о повышенной интенсификации процессов ПОЛ при МС.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

*Туйчибаев М., Рахимова С.Р., Саттаров О.Х., Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучение приверженности терапии статинами у пациентов со стабильной стенокардией после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 95 пациентов со стабильной стенокардией (СС), которые принимали статины (розувастатин) не менее 1 месяца до и после ЧКВ в течение 5 лет.

Результаты. Через 1 год после ЧКВ пациенты продолжали принимать статины. Эти пациенты были моложе (60 лет против 62 лет), с большей выраженностью периферического атеросклероза (56% против 68%), с более низким уровнем общего холестерина (ОХС) ($p < 0,05$) и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) ($p < 0,05$). Через 5 лет прием статинов продолжали 66% пациентов, приверженных гиполипидемической терапии. Среди них 8,7% имели целевой уровень ХС ЛПНП, уровень артериального давления (АД) (САД на 9,2%, $p = 0,0001$; ДАД на 6,4%, $p = 0,0005$) и частота пульса (на 5,6%, $p = 0,0086$) были ниже. Неблагоприятные исходы возникли у 2,4% больных. Повторная реваскуляризация выполнена у 15% пациентов, нефатальные инфаркт миокарда и инсульт – в 3% и 1,8% случаев.

Пациенты к 1 году наблюдения имели меньшую частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) (9% против 16,7%), через 5 лет – достоверно меньшее количество смертей (2,9% против 9,3%, $p=0,018$).

Заключение. Таким образом, приверженность терапии статинами в течение 1 года после ЧКВ достоверно связано с меньшим количеством ССО, а через 5 лет – летальных исходов. После инвазивного лечения пациенты должны регулярно принимать статины, контролируя дозу и уровень ХС ЛПНП для определения приверженности терапии не реже 1 раз в год.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ТАШХИСЛАНГАН КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШЛИ АЁЛЛАРДАГА ХОС ЭКГ БЕЛГИЛАР

Тулабаева Г.М., Адизова Д. Р

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблик: Ёш ошиши билан юзага келадиган миокард метаболизми ва тузишидаги, коронар томирлар, юрак ўтказувчи тизимидаги ўзгаришлар электрокардиограммада ўз аксини кўрсатади. Амалий соғлом кексалик ва қарилик ёшида ЭКГда юзага келадиган ўзгаришлар: пейсмейкер хужайралари сонининг камайиши ва юракка симпатик таъсирнинг пасайиши натижасида нафас аритмиясининг намоён бўлишининг камайиши ва синусли ритм аксарият регуляр бўлиши, синусли брадикардияга мойиллик, электр ўқининг чапга силжиши, Р тишчанинг кенгайиши, деформацияланиши, PQ интервалнинг узайиши 0,22 с гача, QRSнинг 0,10 с гача кенгайиши ва амплитудасининг пасайиши, барча уланишларда Т тишча амплитудасининг пасайиши, QT интервалнинг узайиши, V1- V3 уланишларда г тишча амплитудасининг ошишидан иборатдир. Илмий адабиётларда 70 ёшдан катталарда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишининг тарқалиши кўрсаткичи 50-70%да кўрсатилган бўлиб, бу кўрсаткичнинг ундан кичик ёшда тарқалиши ҳақида аниқ маълумотлар келтирилмаган

Мақсад: Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларнинг функционал синфлар ва этиологик омилларининг тарқалишига кўра тахлили

Материал ва услублар: Изланишлар Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Кардиология герантология ва гериатрия курси билан кафедраси клиник базаларида олиб борилди. Текширувда танлов гуруҳи сифатида кардиология ва терапия бўлимларида стационар кўрувда бўлган, 60 ёшдан катта сурункали юрак етишмовчилиги II, III функционал синф (ФС)лари билан касалланган беморлар олинди. Беморларни ёш жиҳатидан гуруҳларга бўлиш Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти Европа худудий қўмитасининг 1963 йилги меъёрий кўрсаткичлари бўйича амалга оширилди. Текширувга 60-74 (катта ёш (пожилой)) ва 75-89 (қари (старческий)) ёшдагилар жалб этилди. Текширувлар проспектив бўлиб, беморларни клиник баҳолаш умумқабул қилинган усулда олиб борилди, бу сўров, кўрув, физикал текширувдан иборат бўлди. Беморларда СЮЕ ташхиси ва функционал синфларини аниқлашда уларнинг шикоятлари, анамнези, объектив текширув ва лаборатор текширув усуллари натижалари иноватга олган ҳолда ва Стражеско – Василенко таснифи, Нью - Йорк кардиологлар уюшмаси (New - York Heart Association, 1964) мезонлари иноватга олинди. Барча беморлар одатдаги 12 уланишли электрокардиография (ЭКГ) текшируви ("SHELLERCardiovit AT I") электрокардиограф аппаратида) дан ўтказилди ва натижалар таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Текширувга 107 та кекса ва қари ёшли СЮЕ билан оғриган бемор жалб этилган бўлиб, уларнинг ўртача ёши $71,49 \pm 7,71$ ни ташкил этди. Текширувларимиз натижасида СЮЕ II ФС кексаларда 34 (49,5%)та, қарияларда эса 19 (50,0%)та, СЮЕ III ФС кексаларда 35 (50,5%) та, қарияларда 19 (50,0%)та ҳолатда намоён бўлди. Синусли ритм кекса ёшли беморларга нисбатан қари ёшли беморларда 4%га кўп учраган бўлса, бўлмачалар фибрилляцияси кекса ёшли беморларда қари ёшдагиларга нисбатан 32,1%га кўп учради. Агар бу рақамларни СЮЕ ФС бўйича таҳлил қиладиган бўлсак, БФ кекса ёшли СЮЕ III ФС даги беморларда энг кўп (17,1%) тарқалганлиги БФнинг кекса ёшли аёлларда СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи хавф омили сифатида алоҳида роли борлигини кўрсатади. Кекса ёшли беморлар (12(17,3%))га нисбатан қарилик ёшида (13(34,2%)) синусли тахикардия 49,1%га кўп учраши ва айниқса қари ёшли беморларда СЮЕ ФС нинг ошиши (III ФСда беморлар 42,1%ни ташкил этади) билан тахикардияли беморлар сонининг ҳам ошиши тахикардиянинг қари ёшли беморлар учун хавф омили сифатида хизмат қилишини кўрсатади.

Юрак ритм бузилиши экстрасистолиялар СЮЕташхисланган кекса ёшли беморлар II ва III ФС да мос равишда 2,9 ва 11,4%, қари ёшли беморлар II ва III да 5,3%дан учраб, кексалик даври ва оғир ФСда кўп учраши билан ажралиб турди. Умуман синусли ритмда ўртача ЮКС ҳисобланганда кекса ёшли II ФС СЮЕ ташхисланган беморларда бу рақам $76,9 \pm 13,73$, III ФС да $78,9 \pm 14,06$, қарилик ёши II ФС СЮЕда ЮКС ўртача $83,7 \pm 10,33$ кўрсаткичда бўлса, III ФС $86,3 \pm 17,45$ лиги аниқланди. Кекса ёшли беморларда ўтказувчанлик бузилишлари фақатгина 5 ҳолат (7,2%)да қайд қилинган бўлиб, қарилик ёшида бу кўрсаткич 17 (44,7%)ни ташкил этди, яъни турли кўринишдаги блокадалар қарилик ёшида кексалик ёшига нисбатан 83,8%га кўп учради. Бу ёш улғайиши билан юракда ўтказувчанлиқнинг бузилиши типидagi аритмиянинг кўп учраётганлигидан далолат беради. Қарилик ёшидаги III ФС СЮЕ ташхисланган беморлар (11(57,8%))да юрак ритми бузилишининг ўтказувчанлик бузилиши типидagi кўриниши қарилик ёшида II ФС СЮЕ ташхисланган беморлар(6(31,5%))га нисбатан 45,5%га кўп тарқалганлиги намоён бўлди.

ЭКГ тахлили натижаларига кўра чап қоринча гипертрофияси кексалик ёшида СЮЕ II ФС ташхисланган 16 (47,0%) аёлда ЧКГ ЭКГ белгилари аниқланган бўлса, III ФСда бу кўрсаткич 26(74,2%)ни ташкил этди, қарилик ёшида эса мос равишда 10(52,6%) ва 9(47,3%) эканлиги аниқланди. Кекса ва қарилик ёшида ҳамда СЮЕда учраши мумкин бўлган ЭКГ белгилардан яна бири паст вольтажли ЭКГ аксарият ҳолларда СЮЕ III ФС да аниқланиб, кексалик ёшида 6(17,1%) ва қарилик ёшида 6(31,5%)да учраб, қарилик ёшида 45,7%га кўп учраши намоён бўлди.

Хулоса: СЮЕ ташхисланган кекса ёшли аёлларда юрак ритми бузилишининг бўлмачалар фибрилляцияси ва экстрасистолия типлари кўп учраб, СЮЕ ФСнинг оғирлашуви билан ассоциацияланган. Лекин синусли тахикардия қарилик ёшида кўп ташхисланиб, ЭКГ маълумотлари асосида синусли ритмдаги ўртача ЮКС СЮЕ III ФС қарилик ёшидаги аёлларда энг баланд кўрсаткичда намоён бўлиши бу ёшда СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи хавф омили сифатида баҳолашига имкон беради. ЭКГ қайдлар асосида аниқланган яна бир муҳим маълумотлардан бири қарилик ёшида

кексалик ёшига нисбатан юрак ўтказувчанлик функциясининг бузилиши билан боровчи аритмияларнинг кўп сонда учраши бўлиб, бу қари ёшдаги организмнинг қариш жараёнилари ва СЮЕга жавоби натижасида юракда борадиган фибротик жараёнлар оқибатида юзага келиши билан изоҳланади.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИГА ГЕРАНТОЛОГИК ЁНДАШУВ

Тулабаева Г.М, Адизова Д. Р. Абдукодирова Н.М
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблик: Кўпгина ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабаби юрак қон томир тизими касалликлари бўлиб, уларнинг орасида сурункали юрак етишмовчилиги етакчилик қилади. Гарчи 10-Халқаро касалликлар классификацияси(МКБ-10)да юрак етишмовчилиги мустақил касаллик сифатида алоҳида I50 коди орқали белгилансада, статистик ҳужжатларда кўп ҳолларда СЮЕ асосий ўлим сабабчиси кўринишида қайд қилинмайди. Heart disease and stroke statistics - 2019 update маълумотларига кўра, СЮЕнинг тарқалиши аҳоли сонининг ошиши билан ошиб бормоқда, Америка қўшма штатларида 20 ёшдан катта аҳоли ўртасида 2013 ва 2016 йил оралиғида 6,2 миллион аҳолида ЮЕ ташхисланган бўлиб, бу кўрсаткич 2009дан 2012 йилгача 5.7миллионни ташкил этган. Россияда ўтказилган ЭПОХА-ХСН изланишлари доирасида олиб борилган 10 йиллик кузатишлар натижасида СЮЕнинг тарқалиши 1000 аҳолига нисбатан йилгача ўртача 1,2 кишига, ҳусусан 40дан 50 ёшгача бўлган эркаклар ва 70дан 89ёшгача бўлган аёллар ҳисобига ўсиши аниқланди. Бу кўп ҳолларда АГ ва ЮИКнинг ноадекват терапиясига боғлиқлиги кўрсатилди, бундан ташқари, СЮЕ билан касалланган беморлар ҳаёт давомийлиги СЮЕ давоси учун қўлланиладиган асосий гуруҳ дори воситаларини қабул қилувчи беморлар ҳисобига бир оз ошади

Мақсад: Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) билан оғриган беморларнинг функционал синфлар ва этиологик омилларининг тарқалишига кўра тахлили

Материал ва услублар: Изланишлар Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Кардиология герантология ва гериятрия курси билан кафедра клиник базаларида олиб борилиб, текширув объекти сифатида 60 ёшдан катта сурункали юрак етишмовчилиги II, III функционал синф (ФС)лари билан касалланган беморлар олинди. Беморларнинг ёш жиҳатидан гуруҳларга бўлиш Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти Европа ҳудудий қўмитасининг 1963 йилги меъёрий кўрсаткичлари бўйича амалга оширилди. Текширувга 60-74 (катта ёш (пожилой)) ва 75-89 (қари (старческий)) ёшдагилар жалб этилди. Текширувлар проспектив бўлиб, беморларни клиник баҳолаш умумқабул қилинган усулда олиб борилди, бу сўров, кўрув, физикал текширувдан иборат бўлди. Шикоятлар ва анамнестик маълумотлар стандарт усулда йиғилиб, зарурат туғилганда беморга қўшимча саволлар берилди. Беморларда СЮЕ ташхиси Стражеско – Василенко таснифи, Нью - Йорк кардиологлар уюшмаси (New - York Heart Association, 1964) мезонлари асосида асосланди. СЮЕда бемор клиник ҳолати клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи (ШОКС- Мареева В. Ю. модификацияси, 2000) асосида баҳоланди.

Тадқиқот натижалари: Текширувга жалб этилган СЮЕ билан оғриган асосий гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $71,49 \pm 7,71$ бўлиб, СЮЕ II ФС да 53 (49,5%)та, III ФСда 54 (50,5%)та бемор кўрувдан ўтказилди. Муайян вақт давомида кўрувдан ўтган кекса ва қари ёшли СЮЕ билан оғриган бемор аёлларда СЮЕ II ва III ФС деярли бир хил кўрсаткичда учраган. Бу стационар шароитда беморларнинг даволаниш учун асосан СЮЕ яққол ривожлангандан сўнг мурожаат этишлари юқорилигини кўрсатади, ваҳоланки, қатор эпидемиологик изланишлар натижалари аҳоли орасида СЮЕ II ФС III функционал синфга нисбатан кўп учрашини кўрсатади. СЮЕ функционал синфларининг кекса ва қари ёшли беморлар орасида тақсимланиши баҳоланганда СЮЕ II ФС кексаларда 34 (49,5%)та, қарияларда эса 19 (50,0%)та, СЮЕ III ФС кексаларда 35 (50,5%) та, қарияларда 19 (50,0%)та ҳолатда намоён бўлди. Тахлил натижасида СЮЕ функционал синфларининг кексалик ва қарилик ёшида тарқалиши орасида деярли тафовут аниқланмади. муайян вақт давомида текширувлардан ўтказилган кекса ёшли беморлар 69 тани ташкил этиб, улар 64,4% ни ҳосил қилди, қари ёшли беморлар сони 38 тадан иборат бўлиб, умумий беморларнинг 35,5%ини ташкил этди. Бу албатта аҳоли орасида қари ёшдагиларга нисбатан кекса ёшлилар сонининг кўпчилигини ташкил этиши билан изоҳланади. Изланишимизнинг бош мақсади бўлган СЮЕ ривожланишига олиб келувчи омилларнинг тарқалиши тахлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди: барча беморларнинг 102 (95,3%)тасида артериал гипертензия(АГ) (кексаларда 65 (94,6%), қариларда 37 (97,3%)), 76 (71,0%)тасида юрак ишемик касаллиги (ЮИК) (кексаларда 51 (75,3%), қариларда 24 (63,1%)) учради, АГ ва ЮИК 71(66,3%) ҳолатда бирга келиши (кекса 48 (69,5) ва қариликда 13 (34,2%)) аниқланди. СЮЕ мавжуд беморларда АГнинг тарқалиши ЮИК га нисбатан 25,4%га юқорилиги яққол намоён бўлди. ЮИКсиз АГ 31 бемор(24,8%)да (кекса 17 (24,6%) ва қариларда 14 (36,8%)) СЮЕ ривожланишига сабабчи бўлган бўлса, АГсиз ЮИК яққа ҳолатда 5 (4,5%) беморда СЮЕ чакирганлиги аниқланди, лекин АГ 7 (6,5,0%)беморда , ЮИК 2 (1,8%) бемордақандли диабет (ҚД) билан бирга СЮЕга олиб келган. АГ, ЮИК ва СЮЕ ривожланишида хавф омилли сифатидаги роли юқори бўлган ҚД 25 (21,8%) беморда мавжуд бўлиб, бунда ҚД барча ҳолатларда АГ ва ёшли ЮИК билан бирга келиши кузатилди. ҚД ва АГ 7(6,5%), ҚД ва ЮИК 2(1,8%), ҚД+ЮИК+АГ 16(14,9%) беморда мавжудлиги аниқланди. Олинган натижа асосида АГ ва ЮИКларини бирга келиши этиологик омил сифатида энг кўп тарқалган бўлиб, уларни СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи асосий омил сифатида кўрсатиш мумкин. Кекса ёшли СЮЕ III ФСда ҚД энг кўп тарқалган бўлиб, шу гуруҳдаги беморларнинг 34,2%ини ташкил этди, қари ёшда эса бу рақам 21%ни кўрсатди. СЮЕ III ФС да қандли диабетнинг кўп тарқалганлиги ҚДнинг СЮЕ ФСнинг оғирлашувида аҳамияти катта эканлигини кўрсатади. Бу ҚД нинг СЮЕда прогнозни оғирлаштирувчи предиктор сифатида алоҳида ўрин тутишини билдиради. ЮИК нинг СЮЕ структурасидаги ўрни кўриб чиқилганда ўтказилган миокард инфаркти (МИ) барча беморларнинг 17 (15,8%)тасида, турғун зўриқиш стенокардияси (ТЗС) 69 (64,5%)таси, ЮИК: СЮЕ 7 (6,5%)тасида учраши аниқланди. Демак, ЮИК: ТЗС ўтказилган МИ дан 4,1 марта, ЮИК: СЮЕдан 9,8 мартага кўп учраётганлиги маълум бўлди. Ўтказилган МИ мавжуд беморларнинг барчасида бир вақтнинг ўзида ЮИК: ТЗСси турли функционал синфларда йўлдошлиги аниқланди. ЮИК:ТЗС ФСларининг СЮЕ ривожланишида этиологик омил сифатидаги ўрни тахлил қилинди, барча юрак ишемик касаллиги мавжуд беморлардан зўриқиш стенокардия II ФС 25 (32,8%), III ФС 44 (57,8%)ни ташкил этиб, кекса ва қари ёшли аёлларда ЮИК: ТЗС III ФСнинг СЮЕ ривожланишидаги ўрни II ФСга нисбатан 43,1% га юқорилиги намоён бўлди. СЮЕ ФС лари орасида ЮИК:ТЗС III ФСнинг тарқалишини

тахлил қиладиган бўлсак, кекса ёшли II ФС СЮЕда 26,6%, қари ёшли II ФС СЮЕда 10,5%, кекса ёшли СЮЕ III ФСда 68,5 ва қариладда 47,3%да учраши ЮИК.ТЗС III ФСнинг СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи асосий этиологик омиллардан эканлигини кўрсатади. Ўтказилган миокард инфартининг СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи омил сифатидаги ўрнини баҳолаш изланишларимиз натижасида унинг СЮЕ III ФС да 25,9% (14)да учраши билан тушунтирилиши мумкин ва бу ҳолат айниқса кекса ёшли СЮЕ III ФС таххисланган аёлларда 28,5%(10)ни ташкил этганлиги аниқланди. Шунинг ўзи кекса ёшли аёлларда инфарктдан кейинги кардиосклероз СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи омил сифатида инobatга олинишига асос бўлади. ЮИКнинг СЮЕ этологик омили сифатида алоҳида қайд этилган ҳолатларни тахлили натижасида кекса ёшли СЮЕ III ФС таххисланган аёлларда 4(11,4%) ва қари беморларда СЮЕ II ФСда 1(5,2%)беморда учраши аниқланиб, кексалик ёшида ЮИКнинг алоҳида этиологик омил сифатида СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи омил сифатида тарқалиши мумкинлигини гувоҳи бўлдик.

Хулоса: СЮЕ этиологик омилларининг тахлили асосида СЮЕ ФСни оғирлаштирувчи омиллар сифатида қандли диабет, инфарктдан кейинги кардиосклерознинг алоҳида ўрни мавжудлиги ва бу омиллар айниқса кексалик даврида прогнози оғирлаштирувчи предиктор сифатида қаралиши намoён бўлди.

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Тураев Б.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность изучения проблемы сочетания аффективного расстройства и соматической патологии определяется не только большой распространенностью депрессии, но и негативным взаимовлиянием на течение и клиническую картину как психического, так и соматического заболеваний. Сопутствующие соматические заболевания, с присущими болезни физиологическими сдвигами в организме, бременем симптомов, выступая в роли стрессового фактора, усугубляют течение аффективных расстройств, вызывают своеобразие в клинической картине депрессии, усложняют диагностику и лечение. Депрессивные расстройства, сосуществующие с соматической патологией, труднее поддаются лечению. При повышении качества лечебных мероприятий, более адекватном индивидуальном подборе психофармакотерапии с учетом наличия соматической патологии удастся улучшить общее состояние здоровья. Терапевтические мероприятия у депрессивных пациентов с сопутствующей соматической патологией подразумевают тщательный психопатологический анализ, широкий спектр лечебных и профилактических мероприятий, часто требующих совместного участия в лечебно-диагностическом процессе психиатра и врачей-соматологов.

Цель исследования - анализ клинико-психопатологических особенностей депрессивного эпизода на фоне психофармакотерапии у больных с сопутствующей соматической патологией в стадии ремиссии.

Материалы и методы. В исследование вошли 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31 - 22 человека, F32 - 17, F33 - 61) в возрасте от 20 до 60 лет, 78 женщин и 22 мужчины, средний возраст обследованных 43 года. Изученная выборка формировалась на основании констатации на момент обследования: 1) текущего депрессивного эндогенного эпизода; 2) наличия соматической патологии в стадии ремиссии. Среднее значение количества соматических заболеваний во всей выборке на каждого пациента составило 4,2 (диапазон от 1 до 8 заболеваний). Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический, клинико-анамнестический, статистический. Проводился расчет числа респондеров по шкале Гамильтона (HDRS-21), с редукцией психопатологической симптоматики более чем на 50%.

Результаты исследования. Количество респондеров во всей выборке к окончанию лечения составило 61 человек, нон-респондеров - 39. У пациентов с уменьшением симптоматики в процессе дальнейшей терапии менее чем на 50% в начале обследования статистически значимо преобладали снижение желаний и побуждений к деятельности ($p < 0,01$), тахикардия ($p < 0,05$), повышение артериального давления ($p < 0,01$), ухудшение аппетита ($p < 0,05$) в сравнении с группой респондеров. Больные с последующей регрессией симптомов на 50% и более в начале обследования чаще жаловались на поверхностный сон ($p < 0,05$).

К окончанию активного наблюдения и обследования, на "выходе" из депрессии, в группе нон-респондеров статистически значимо по выраженности преобладали депрессивное настроение ($p < 0,0001$), соматическая тревога ($p < 0,0001$), общие соматические симптомы ($p < 0,0001$), психическая тревога ($p < 0,0002$), чувство вины ($p < 0,0005$), снижение активности и побуждений к деятельности, безволие, невнимательность к своему внешнему виду ($p < 0,001$), чрезмерная озабоченность здоровьем ($p < 0,001$), трудности при засыпании ($p < 0,01$), желудочно-кишечные симптомы ($p < 0,017$), и в целом депрессия у них была более тяжелой согласно суммарному показателю шкалы депрессии Гамильтона HDRS-21 ($p < 0,0001$) в отличие от группы респондеров.

При оценке изменений в структуре депрессии на фоне психофармакотерапии внутри исследуемых групп положительная динамика у респондеров наблюдалась по всем показателям HDRS-21 кроме "деперсонализации и дереализации". В группе нон-респондеров было отмечено больше симптомов без достоверно положительной динамики, в частности поверхностный сон, генитальные симптомы (снижение, утрата либидо), чрезмерная озабоченность здоровьем, обсессивно-компульсивные симптомы, сниженная критичность отношения к болезни (осознание, что болен депрессией) (при $p < 0,01$). Анализ личностных особенностей пациентов выявил наибольшую представленность в группе респондеров лиц с доминирующим тревожным радикалом, меньше было больных с ананкастными чертами, истерическими, а также гармоничным типом личности. У больных группы нон-респондеров количественно преобладали тревожный и истерический типы личности, со статистически значимым доминированием гипертимных черт ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами из группы респондеров.

Выводы: Меньшая эффективность психофармакотерапии отмечена у пациентов с доминированием абулических нарушений и сим-патикотонии в структуре депрессии, а также с наличием преморбидных гипертимных и ипохондрических черт личности. Прогностически неблагоприятными и терапевтически устойчивыми симптомами являются: чрезмерная озабоченность здоровьем, поверхностный сон, снижение либидо, обсессивно-компульсивные

симптомы, неосознанность депрессивного состояния. Терапевтическая динамика депрессии у больных с соматической патологией вне обострения зависит от структуры синдрома и личностных особенностей больных. Проведенное исследование создает дополнительные возможности для диагностической квалификации и оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий депрессивного состояния больных аффективными расстройствами с соматической патологией в стадии ремиссии.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Тураев Б.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Наркологические расстройства – это заболевания, которые не только касаются здоровья и личности зависимого, как правило, родственники оказываются также втянуты в данную ситуацию. При этом, с одной стороны, от поведения родственников пациента может зависеть его дальнейшая судьба, с другой, жизнь ближайшего окружения (жен, детей, других родственников) становится наполнена неприятными переживаниями. В результате длительной подверженности стрессу у самих родственников могут развиваться своеобразные нарушения здоровья и личностного функционирования в виде психосоматических заболеваний, депрессии, суицидальных проявлений и даже химических аддикций.

Цель исследования: Изучение основных социально-демографических, клинических и личностных характеристик родственников больных алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования. На базе Самаркандского наркологического диспансера методом было проведено анкетирование, клиничко-анамнестическое и психологическое обследование 131 родственников пациентов с алкогольной зависимостью. Включенные в исследование были в возрасте от 24 до 52 лет (в среднем $41,2 \pm 2,4$ лет). Была разработана специальная карта обследования, которая включала социальнoдемографический блок, данные наркологического анамнеза и специальную часть. В специальной части изучалось наличие созависимости при помощи шкалы измерения созависимости в отношениях Спанн-Фишера, степень алкоголизации при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова. Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Установлено, что согласно шкале Спанн-Фишера, умеренно выраженная созависимость была установлена у 62,9% (73) родственников больных алкоголизмом, резко выраженная – у 25,9% (30), проявления созависимости отсутствовали лишь в 11,2% (13) случаев. Исходя из полученных результатов, были определены две группы обследованных: основную составили 103 человек с созависимостью, контрольную – 13 человек без созависимости. По возрасту респонденты были сопоставимы – $38,6 \pm 2,3$ лет и $37,4 \pm 2,8$ лет соответственно. Стоит отметить, что у созависимых родственников преобладали представители женского пола (67,0%; $p < 0,05$), а при отсутствии созависимости – мужского (53,9%; $p < 0,05$).

Не имеют собственной семьи в настоящее время 37,9% (в основной группе – 40,7%, в контрольной – 15,4%; $p < 0,01$); отношения с близкими как плохие оценивают 31,0% (в основной группе – 32,0%, в контрольной – 23,1%); свои бытовые условия неудовлетворительными считают 23,3% (в основной группе – 23,3%, в контрольной – 23,1%). На малообеспеченность семьи указали 20,7% обследованных лиц (в основной группе – 18,5%, в контрольной – 38,5%; $p < 0,05$). Среди респондентов 6,0% имели неполное среднее образование, 8,6% – среднее, 37,9% – средне-специальное (в основной группе – 40,7%, в контрольной – 15,4%; $p < 0,01$), 47,5% – высшее. В настоящее время работают 81,9% обследованных родственников, безработными считаются 18,1% (в основной группе – 19,4%, в контрольной – 7,7%; $p < 0,05$).

Выявлено, что алкоголизмом родителей наследственность былаотягощена у 28,4% родственников, при этом в группе созависимых этот показатель составил 30,1%, в группе без созависимости (контрольная) – 15,4%. Хроническое соматическое заболевание имеют 25,8% обследованных (в основной группе – 28,2%, в контрольной – 7,7%; $p < 0,001$). Отметим у себя в анамнезе суицидальные мысли, замыслы, намерения и суицидальные попытки 30,2% респондентов (в основной группе – 31,1%, в контрольной – 15,4%; $p < 0,05$).

Пробовали наркотики ранее 13,8% обследованных, еще 5,2% признались, что употребляют их систематически в настоящее время. Злоупотребляют алкоголем 28,5% родственников больных алкоголизмом (в основной группе – 29,2%, в контрольной – 23,1%). Различий между группами по этим показателям не установлено.

Анализ самооценки характера показал, что сдвиг общего адаптивного потенциала личности (СОАП) у родственников больных алкогольной зависимостью II стадии составил $-26,2 \pm 9,7$ %. Сдвиг адаптивных свойств (САС) составил $-0,6 \pm 5,7$ %; дезадаптивных (СДС) – $30,3 \pm 7,2$ %. Следовательно, выраженность адаптивных свойств личности со временем практически не изменилась, а дезадаптивных – выросла. Различия по самооценке характера между двумя обозначенными выше группами не выявлены. При этом есть четкие различия по сдвигу общего адаптивного потенциала личности между родственниками без алкогольных расстройств ($-7,4 \pm 12,1$) и злоупотребляющими алкоголем ($-58,4 \pm 12,9$; $p < 0,01$), а также с синдромом зависимости ($-87,3 \pm 9,8$; $p < 0,001$). Это происходит за счет уменьшения выраженности адаптивных свойств личности и опережающего увеличения дезадаптивных. Не удовлетворены результатами прошлых обращений за наркологической помощью 45,7% родственников больных алкогольной зависимостью (в основной группе – 49,5%, в контрольной – 15,4%; $p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, у родственников больных алкоголизмом признаки созависимости были выявлены в 88,8% случаев. Среди созависимых близких преобладали представители женского пола (67,0%), имеющие чаще средне-специальное образование (40,7%), разведенные и проживающие одни (40,7%), в 2,5 раза чаще безработные (19,4%). Кроме того, у созависимых лиц, в сравнении с контрольной группой, наследственность почти в 2 раза чаще былаотягощена алкоголизмом родителей (30,1%), они в 2 раза чаще имели проявления суицидальности (31,1%), в 3,6 раза чаще имели хронические соматические заболевания (28,2%), они в 3 раза чаще были недовольны прошлыми обращениями родственников за наркологической помощью (49,5%).

Отличий по встречаемости химических аддикций установлено не было. При этом анализ самооценки характера продемонстрировал увеличение выраженности дезадаптивных свойств личности у родственников пациентов с алкогольной зависимостью с течением времени. Стоит отметить, что изменения личностных качеств не зависели от наличия созависимости, а продемонстрировали отличия в группах по выраженности алкогольных расстройств. Все выявленные факты должны учитываться специалистами при работе с родственниками больных алкоголизмом.

СОМАТИЗИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Тураев Б.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность по данным зарубежных и отечественных источников, около 25% пациентов общемедицинской сети страдают соматизированной депрессией. Такой универсальный симптом, как зуд, встречается не только при многих дерматологических заболеваниях, но и может быть симптомом соматизированной депрессии у пациентов дерматологической практики.

Цель изучения соматизированной депрессии у пациентов дерматологической клиники.

Материалы и методы: психопатологическое обследование пациентов, обратившихся в Клинику кожных болезней СОКВД с жалобами на зуд и признаками соматизированной депрессии по критериям МКБ-10. Из выборки были исключены пациенты с подтвержденными дерматологическими диагнозами.

Результаты исследования. Обследовано 14 пациентов (9 женщин, 5 мужчин, средний возраст 29,2 года). Все пациенты предъявляли жалобы на зуд, у 12 пациентов зуд был локализован в одной области (2 – кожа головы, 6 – конечности, 2 – область лица и шеи, 2 – область груди), у 2 пациентов наблюдался генерализованный зуд. У 5 пациентов отмечались поверхностные расчесы в местах возникновения зуда. Средняя продолжительность зуда на момент осмотра составила 3,5 месяца. При этом 8 из 14 пациентов выявляли значительное снижение работоспособности и качества жизни в целом, а также фиксацию на собственном состоянии. У 9 пациентов появлению зуда предшествовала психогенная провокация (сокращение на работе, конфликты в семье, проблемы с выплатой кредита). При исследовании психического статуса во всех случаях отмечалось сниженное настроение, потеря интереса к занятиям, прежде доставлявшим удовольствие, нарушения сна, потеря аппетита, заниженная самооценка, ослабление либидо, не выявленные при первичном врачебном осмотре. В идеаторном комплексе депрессии преобладали тревожно-ипохондрические симптомы (10 наблюдений) – беспричинное чувство тревоги, озабоченность собственным здоровьем, опасения серьезной соматической патологии.

Выводы: зачастую за привычной для врача общемедицинской практики соматической «маской» скрывается депрессия. В дерматологии, наряду с редуцированными гипотимическими проявлениями, в качестве основного проявления соматизированной депрессии фигурирует кожный зуд, существенно затрудняющий правильную диагностику и тактику лечения данного контингента больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тургунов М.А., Ахматхунова М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак поджелудочной железы в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием у женщин с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости.

Цель исследования заключалась в оценке непосредственных и отдаленных результатов лекарственного лечения больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 больных, которым за период с 2016 по 2018 г. проводилось лекарственное лечение по поводу местнораспространенного рака поджелудочной железы.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о низкой эффективности лекарственных режимов при местнораспространенном раке поджелудочной железы.

Сравнивая результативность лечения в каждой группе, мы отметили, что объективный эффект, его средняя продолжительность и время до прогрессирования были приблизительно одинаковыми, а процент клинического улучшения в группе больных, получивших комбинированную терапию, был выше, чем в группе больных, получивших монотерапию.

Анализ отдаленных результатов лечения позволил выявить, что медиана времени до прогрессирования и средняя продолжительность жизни в обеих группах были приблизительно одинаковыми. Результаты лекарственного лечения больных местнораспространенным раком поджелудочной железы остаются неудовлетворительными, что позволяет искать новые методы лечения больных с этой патологией.

Результат Монохимиотерапия (n = 18) Комбинированная химиотерапия (n = 24) Желудочно-кишечный дискомфорт 32 76,1 Болевой синдром 24 57,1 Гипербилирубинемия 6 14,2 Снижение массы тела Слабость, недомогание 40 95,2 Сахарный диабет 3 7,1 Одышка 1 2,3 Оценка по шкале Карновского (60/70/80/90) 1/9/25/7 2,3/21/59/16,6 Похудание и истощение было одним из основных симптомов РПЖ, который отмечен у 88% больных. У отдельных больных снижение массы тела составляло кг в течение 1 2 мес от начала заболевания. Слабость и общее недомогание имелись у 95% пациентов, 10 15% пациентов вынуждены были проводить более 50% времени в постели. У 3 больных раком тела и хвоста ПЖ диагностирован сахарный диабет, обусловленный опухолевым поражением островкового аппарата ПЖ, клинически характеризовался жаждой, полиурией, частым кожным зудом. У 6 больных на момент начала лечения отмечалась

гипербилирубинемия, обусловленная механической компрессией желчных путей. Эффективность лечения. Для оценки эффективности лечения все больные были разделены на 2 группы (табл. 3). В 1-ю группу были объединены больные, которым проводилась монокимиотерапия гемцитабином ($n = 18$), во 2-ю группу больные, получившие комбинированную терапию ($n = 24$). Комбинированная химиотерапия включала комбинации гемцитабина с капецитабином и митомицином, митомицина с 5-фторурацилом и фолилатом кальция. В 1-й группе эффективность лечения оценена у 17 больных. Полная регрессия опухоли отсутствовала, частичная регрессия зарегистрирована у 4 (23,5%), стабилизация проявлений заболевания у 11 (64%), прогрессирование у 2 (11,7%). Средняя продолжительность частичного ответа составила 26 нед, стабилизации 25 нед. Максимальная продолжительность эффекта достигала 36 нед, стабилизации 45 нед, среднее время до прогрессирования 24 нед. абс. % абс. %

Вывод. Таким образом, результаты лекарственного лечения больных местнораспространенным РПЖ остаются неудовлетворительными, что позволяет искать новые методы лечения этой патологии: комбинированное лечение, применение новых биологических препаратов.

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ

Тургунов М.А., Ахматовунова М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время считается, что ПБ обусловлена сочетанием нейродегенеративных и дистрофических поражений дугоотростчатых суставов, межпозвонковых дисков, связочного аппарата позвоночника [2]. Важную роль в ее развитии играет изменение тонуса поперечно-полосатой мускулатуры – мышечный спазм, возникающий в ответ на болевые раздражители и приводящий к формированию нарушений осанки. Крупные грыжи межпозвонковых дисков, являющиеся причиной болевого синдрома, значительно чаще встречаются у людей молодого и среднего возраста, ведущих активный образ жизни, испытывающих значительные физические нагрузки. Относительно реже клинически значимые грыжи межпозвонковых дисков встречаются у пожилых пациентов, у которых источником болевого синдрома являются измененные суставы и связки позвоночника.

Цель исследования. Изучить эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов у пациентов с поясничной болью.

Материалы и методы исследования. Изначально в основную группу больных на протяжении 10 дней получавших комбинацию Артрозана (по 15 мг/сут) и Комбилипена (по 2 мл в/м), были включены 48 больных с острой ПБ. В последующем из исследования по различным причинам были исключены 4 больных. Окончательному анализу были подвергнуты результаты наблюдения за 44 пациентами.

Результаты исследования. Группу сравнения составили 19 пациентов, получавших только Артрозан и не получавших Комбилипен. Средний возраст пациентов группы сравнения (10 мужчин и 9 женщин) составил $47,1 \pm 6,8$ года. Группы были полностью сопоставимы между собой по основным клиническим и демографическим показателям.

Критерии включения больных в исследование: возраст от 18 до 75 лет; болевой синдром в области поясницы вне зависимости от наличия или отсутствия корешкового синдрома; доброкачественный характер заболевания, подтвержденный радиологическим исследованием (рентгенография, компьютерная или магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника, исследование состава периферической крови (количество клеточных элементов белой и красной крови, СОЭ); длительность болевого синдрома не более 4 нед.; готовность больного принять участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие воспалительных и травматических поражений позвоночника; новообразований костей позвоночника, спинного мозга, его оболочек и спинальных корешков; длительность болевого синдрома более 4 нед.; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка в стадии обострения; тяжелые формы печеночной или почечной недостаточности; психические расстройства, исключающие возможность объективной оценки состояния больного; непереносимость препаратов Артрозан или Комбилипен либо компонентов, входящих в их состав; одновременное применение миорелаксантов, противоболевых препаратов центрального действия (противоэпилептические средства, антидепрессанты).

Вывод. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что комбинированное применение Артрозана и Комбилипена у пациентов с ПБ характеризуется хорошей переносимостью, низкой частотой клинически значимых нежелательных побочных эффектов, сокращением сроков купирования болевого синдрома. Положительный эффект комбинированной терапии наблюдается не только в период приема препаратов, но и в последующем. Данная комбинация препаратов может быть использована у значительной части пациентов с мышечно-скелетными болевыми синдромами.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Турсуметов А.А., Сабирматов А.А., Исмоилов Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Распространенный гнойный перитонит остается одним из самых грозных осложнений в абдоминальной хирургии. В 15—25% наблюдений течение urgentных хирургических заболеваний осложняется перитонитом [Черданцев Д.В. с соавт., 2019].

Существует мнение, что качественный состав промывной жидкости не имеет принципиального значения, так как кратковременный контакт с брюшиной вряд ли может оказать должное бактерицидное действие на перитонеальную

флору, особенно, если бактерия находится под пленкой? Неприемлемо удаление гноя протиранием марлевыми салфетками из-за травматизации серозных оболочек. Более того, несмотря на множество предлагаемых способов санации брюшной полости при перитоните, в 5-8% случаев эффект от лечения остается неудовлетворительным [Блинков Ю.Ю. с соавт., 2017; Nakamoto et al., 2011]. Савельев В.С. с соавт., (2009) считают, что результаты лечения распространенного перитонита на 80% зависят от способа санации брюшной полости. В связи с этим поиск новых эффективных видов санации брюшной полости можно считать обоснованным. В последние годы в странах ближнего и дальнего зарубежья появились работы по применению фотодинамической терапии (ФДТ) при перитоните [Странадко Е.Ф. с соавт., 2009; Гейниц А.В. с соавт., 2013; Muschter R. et al., 2003]. Между тем в доступной литературе нам не удалось найти подобные сообщения в Узбекистане.

Цель исследования. Изучить в эксперименте эффективность фотодинамической антибактериальной санации брюшной полости при распространенном перитоните с использованием метиленового синего.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 68 беспородных белых крысах массой 250-300 г. Оперативные вмешательства были осуществлены в условиях адекватной эфирной анестезии в соответствии с этическими нормами обращения с животными, а также требованиями мирового сообщества. В каждой группе каловый перитонит моделировался по способу Блинкова Ю.Ю. с соавт., (2007). Животным под эфирным наркозом пункционным способом в условиях соблюдения правил асептики и антисептики вводили в брюшную полость 2 мл отфильтрованной каловой взвеси не позднее чем через 10 минут после её приготовления. В качестве фотосенсибилизатора нами использован метиленовый синий (МС) в концентрации 0,05% (ранее в стендовых испытаниях нами установлена оптимальная концентрация МС для ФДТ). В основной группе (40 животных) санацию брюшной полости выполняли раствором МС, источником светодиодного излучения была установка Восток-2, длина волны излучения 630 нм, плотность мощности излучения 200 мВт/см², плотность энергии 35 Мвт/ см², время экспозиции 5 минут. Диаметр светового пятна 6 см. В основной группе через сутки после моделирования перитонита выполняли лапаротомию, осушение брюшной полости, затем в брюшную полость заливали 3-4 мл раствора МС. Через 5 минут осушение, затем облучение брюшной полости. Ушивание операционной раны. В контрольной группе (28 животных) санацию брюшной полости выполняли 0,02% раствором хлоргексидина после осушения брюшной полости. Эффективность методов санации оценивали по динамике анализов крови и биохимических параметров.

Результаты. При стандартной санации брюшной полости на 0,02% раствором хлоргексидина отмечалось менее активное снижение бактериальной обсемененности экссудата. К первым суткам после обработки брюшной полости количество микробных тел в 1 мл экссудата составляло $7,8 \times 10^4 \pm 5,1 \times 10^3$. Через 3 суток - $5,9 \times 10^3 \pm 2,7 \times 10^2$, а через 5 суток от начала перитонита составляло $3,4 \times 10^2 \pm 1,7 \times 10^1$. Только к 7 суткам брюшная полость стала стерильной. В основной группе санацию брюшной полости проводили методом фотодинамической терапии и уже на первые сутки количество микробных тел снизилось до $6,9 \times 10^2$ КОЕ/мл. К 3 суткам обсемененность брюшной полости составляла $1,3 \times 10^4 \pm 1,1 \times 10^1$ с достоверностью ($p < 0,05$). При изучении смывов брюшной полости на 5 и 7 сутки патогенной микрофлоры не обнаружено. При проведении клинических исследований были получены следующие результаты. Прежде всего, отмечено, что при проведении санации брюшной полости при ФДТ более достоверно выражена динамика купирования синдрома эндогенной интоксикации в сравнении с контрольной группой животных, где санация производилась 0,02% раствором хлоргексидина. При сравнении уровня лейкоцитов в основной и контрольной группе к концу первых суток отмечалось выраженное снижение лейкоцитов в основной группе по сравнению к контрольной на 18,2%, с достоверностью ($p < 0,05$). На третьи и пятые сутки также отмечалось более быстрое снижение лейкоцитов в основной группе по сравнению с контрольной группой на 8,51% и 18,41% соответственно. На 7 сутки послеоперационного периода разница содержания лейкоцитов в периферической крови между основной и контрольной группами возросла до 20,34%, но в контрольной группе сохранялось умеренное повышение лейкоцитов от нормы на 3,17% с достоверностью ($p < 0,05$). К 7 суткам после операции при использовании метода ФДТ величина ЛИИ соответствовала нормальным цифрам - $1,01 \pm 0,09$ усл. ед., в то время как у животных контрольной группы оставалась повышенной - $1,86 \pm 0,31$ усл. ед. с достоверностью ($p < 0,05$). Биохимические показатели крови у обеих групп подопытных животных в основной группе показатели мочевины и креатинина на 5 сутки были в норме, а в контрольной оставались выше нормы. В основной группе умерло 3 животных, летальность составил 7,5%, а в контрольной умерло 7, летальность 25%.

Выводы. Таким образом, изучение динамики гематологических и биохимических показателей крови у животных с экспериментальным перитонитом позволило выявить, что использование метода ФДТ с фотосенсибилизатором МС в концентрации 0,05% для санации брюшной полости нормализует изучаемые биохимические показатели и не оказывает патологических воздействий на гомеостаз животных и способствует активному купированию острой полиорганной недостаточности.

АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Турсунов Х.Х., Ражабова Г.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти,
Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Охирги ўн йилликда метабolik синдром билан касалланганлар сонининг ўсиб бориши, ҳамда юрак-кон томир ва ноинфекцион касалликларнинг етакчи хавф омили сифатида долзарб бўлиб қолмоқда. Аҳоли орасида МС нинг тарқалиши ва эпидемиологик ҳолатини ўрганиш, профилактик чора тадбирлар ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эга.

Мақсад. Аҳоли орасида метабolik синдром компонентларининг тарқалишини, турли ёш ва жинсларда ўзига хос хусусиятларни ўрганиш.

Материал ва методлар. Тадқиқотлар 20 - 69 ёшли 697 та (455 та аёлва 242 та эркак) аҳоли орасида олиб борилди. Текширишларда кон босими ва Кетле индексини ($KI = \text{вазн (кг)} / \text{бўй (м)}^2$) аниқланди. Қорин айланаси аёлларда

80 см дан, эркаларда 94 смдан катта бўлганда абдоминал семизлик деб баҳоланди. Глюкозага толерантлик тести, триглицеридлар ва холестерин аниқланди.

Натижа ва таҳлиллар. ОТВнинг тарқалиши аёллар орасида 20,65%ни, эркалар орасида 32,27% ни ташкил қилди. Семизлик эса мос равишда 18,48% ва 14,87% ҳолатда учради. Текширилган аёлларнинг 39,13%ида, эркаларнинг 47,14%ида ортикак вазн муаммоси борлиги аниқланди. Ёш 30 дан ошгани сари икала жинсда ОТВ ва семизликнинг учраш частотаси кескин ошиб бориши кузатилмоқда ($p<0,05$). Аёлларнинг 42,57% ида, эркаларнинг 36,51%ида АС аниқланди. Аёллар орасида АС барча ёш гуруҳларида ўсиб бориши кузатилди. Эркаларда 20-29 ёшга нисбатан 30-39 ёшда 2,46 марта, 50-59 ёшли гуруҳда 40-49 ёшгачисбатан 1,86 марта ўсиши кузатилди ($p<0,01$). АГнинг тарқалиши аёллар орасида 20,54%ни, эркалар орасида 30,26% ни, умумий 25,94% ни ташкил қилмоқда. Барча ёш гуруҳларида АГ нинг тарқалиши ёшга пропорционал равишда статистик ишончли равишда ўсиб бориши кузатилди ($p<0,05$). Текширилаётган ҳар бешинчи аёлда глюкозага толерантликнинг бузилиши аниқланди (20,0%), эркаларда бу кўрсаткич 22,62% ни ташкил қилди. Қандли диабет аёлларда 5,64%, эркаларда 6,34% учради. Аёлларнинг иккинчи ёш гуруҳида биринчи ёш гуруҳига нисбатан сезиларли ўсиш (2,24 марта) кузатилган бўлса, бешинчи ва олтинчи ўн йилликда ГТБ сезиларли пасайган ($p>0,05$). Гиперхолестеринемия аёллар орасида 14,22%ни, гипертриглицеридемия 20,38%ни ташкил қилди. Эркалар орасида бу кўрсаткичлар мос равишда 17,32%; ва 34,62%. ГХ аёллар орасида 50 ёшдан кейин, эркалар орасида эса 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ошиб бораётган. 30-39 ёшли гуруҳда ГТГ 20-29 ёшли гуруҳга нисбатан аёлларда 1,67 марта, эркаларда 2,41 марта статистик ишонарли равишда ортиб бормоқда ($p<0,05$).

Хулоса. 1.Аҳоли орасида АГ, ОТВ, АС, ГТБ ва ГТГ 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ёшга пропорционал ўсиши кузатилади. ГХ нинг ўсиши 50 ёшдан кейин бошланади.

2. АГ, гиперлипидемия, ОТВ, ГТБ ва ҚД эркалар орасида, АС ва семизлик аёллар орасида кенг тарқалган.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БУХАРСКОГО ГОРОДА ОТ 25 ДО 44 ЛЕТ

Турсунов Х.Х., Раджабова Г.Х., Ахмедова Г.И.

Андижанский государственный медицинский институт,

Бухарский государственный медицинский институт

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, конкретная причина которой пока не выявлена [5]. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что истоки АГ лежат в детском и подростковом возрасте [6]. Большое значение в возникновении первичной АГ придадут наследственной предрасположенности (ее относят к мультифакториальным заболеваниям с полигенным наследованием) [1]. Для диагностики особенно важно наличие гипертонической болезни у родителей (главным образом, у матери). В реализации болезни не менее значимы и неблагоприятные средовые влияния: конфликтные и стрессовые ситуации в семье, алкоголизм, активное и пассивное курение, гиподинамия. Определенное значение имеют личностные особенности (повышенная тревожность, сниженная толерантность к окружающим воздействиям). Повышенная масса тела представляет собой фактор риска. Выявлены коррелятивные связи между АГ и атмосферным давлением, температурой воздуха, относительной влажностью.

Цель исследования изучение распространения артериальной гипертензии среди населения города Бухары в возрасте от 25 до 44 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 1116 человек (с 25-44 лет) в городской поликлинике №4, на кафедре подготовки врача общей практики Бухарского государственного медицинского института. Распределение по возрастам проводилось по схеме принятой на VII конференции посвященной морфологическим, биохимическим и физиологическим проблемам. Классификация возрастов, принятая всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) по возрастной физиологии в 2015 году, дается группировка возрастов: 25-44-молодой возраст, 44-60-средний возраст, 60-75 пожилой возраст; 75-90 лет старческий возраст; долгожители (90 лет и старше). Измерение артериального давления проводилось согласно требованиям учебного руководства “Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии среди взрослых в первичном звене здравоохранения” (Ташкентский институт усовершенствования врачей Центр доказательной медицины. 2006 г.), 2 раза на обеих руках с 3-х минутным интервалом. Артериальная гипертензия диагностировалась при давлении равном или превышающем систолическом давлении 140 мм.рт.ст. и диастолическом 90 мм.рт.ст. Степени артериальной гипертензии определялись на основании классификации принятой в 1999 г. ВОЗ и международной организацией гипертоников. В исследовании использованы документы участка, ведущие в первичном медико-санитарном звене. Полученные результаты были распределены по степеням артериальной гипертензии, по полу и возрасту и проанализированы.

Результаты и их обсуждение. Всего обследовано 1117 лиц в возрасте 25-44 лет. Из них 638 женщин и 480 мужчин. Из 1117 обследованных у 110 лиц (9,8%) определили артериальную гипертензию. США, артериальная гипертензия у лиц 25-44 лет составляет 13,7% (Гогин Г.Е., 1997). По статистическим данным проведенного нами исследования артериальная гипертензия в возрасте 25 - 44 лет составила 15,7%. При распределении степеней артериального давления по классификации распространенность составила: I степень артериальной гипертензии у 7,8%, II степень - 1,7% и III степень - 0,2%. Первичное выявление заболевания, т.е. степень скрининга, составила 67,2%. Одной из задач исследования было проведение среди выявленных лиц полного медицинского осмотра, проведение общего анализа мочи, определение сахара в крови, ЭКГ и исследование глазного дна. Но в полном обследовании участвовала очень малая часть лиц с артериальным давлением высокой группы риска.

Выводы. Распространенность артериальной гипертензией в городе Бухаре среди населения в возрасте 25-44 лет составляет 9,8%. Эти показатели отличаются от данных медицинских документов. Заболеваемость артериальной гипертензией в возрасте 22-44 лет составила 15,7%. Результаты исследований показали, артериальная гипертензия среди подростков составила 4%. Проведение скрининговых обследований дает возможность раннего определения заболевания.

В наших исследованиях первично определено 67,2% заболеваний. Распространенность артериальной гипертензией на участках показал, что среди мужчин встречаемость составила на 5,8% больше, чем у женщин.

ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР УЎҚЛАРИНИКЕНГАЙТИРИШ: ИНФАРКТОЛОГИЯДА АРТЕРИАЛЬ БОСИМНИ МОНИТОРИНГИ

*Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Бир неча йиллар бурун, деярли салкам 1 аср олдин, эпидемиологик тадқиқотларнинг “куртак”лари ва тан олинган ўрни клиник тиббиётда пайдо бўлди. У ўзининг қатор имкониятларини, чунончи касалликларни барвақт аниқлаш, профилактикасини мазмунли ва самарали ўтказиш, даволаш дастурларини “нишон”ли ўзгартириш имкониятларини намоёниш этди. “Тиббиётни келажаги – бу, сўзсиз, профилактик тиббиётдир” (Н.И.Пирогов) деб шиорга айлантирилган ҳақиқат “уфқда ҳамон тадқиқотчи ва амалиётчилар эътиборини кучли тортишда” давом этмоқда ва бунинг натижаси бўлиб кўп соҳаларда эпидемиологик – профилактик тадқиқотларнинг “тотли мевалари” пайдо бўлди.

Тадқиқотнинг мақсади – артериаль гипертензия ва миокард инфаркти муносабатларини замонавий ўтирок Фарғона водийси популяциясида ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 3 йиллик эпидемиологик – клиник мониторинг 412 миокард инфаркти (МИ) билан беморларда ташкил этилди. Текширув объекти қилиниб – РШТЁИМ АФда даволашда бўлган беморлар олинди. МИ ва артериаль гипертензия (АГ) ташхиси ВНОК (2009) мезонларидан фойдаланиб қўйилди.

Натижалар ва хулосалар: ушбу мониторингдан аввало мушоҳада қилинди – ки, МИ билан беморларни илк йўлидан, - қайтиб то оилавий шароитда энг камида 2 йил ёки умрбод (унинг атрофида пайдо бўлган коморбид фонни хисобга олиб) кузатувда бўлган барча босқичларида ҳам, унга нисбатан скринингли назоратни “эпидемиологик+ фармако-эпидемиологик+фармакоэкономик мониторинг” занжирли тизимини изчил амалга ошириш натижавий самара келтиради. Бу ҳам профилактикани ва ҳам, бир вақтни ўзида даво ижобий томонларини деярли тенгма – тенг, бизнинг тахминимиз бўйича “47+51=98” моҳият бериб оширади. Албатта, бунинг тасдиғини муфасссал кўриб олиш учун, худудий, кўп йиллик тренд – кузатувли эпидемиологик тадқиқотларни давом этдириш ёки ташкил этиш керак бўлади.

Андижон популяциясида, асосан абориген ўзбек миллатига мансуб аҳолисида, МИ учун коморбидлик негизини 74,3 фоизи АГ хисобига бўлади. Бу дегани, артериаль босимни касалликнинг донозоологик босқичида назоратини олиш ёки касаллик ҳолатида тез ёрдамдан шифохонагача йўналишида “уни дорили жиловлаб туриш”, 74,0 фоиз вазиятларда касалликни ёки асоратларини бартарафлайди.

Бундай назоратга эркаклар кўпроқ (77,8 фоиз), аёллар эса бир мунча камроқ (68,9 фоиз) мухтожлик сезадилар ($p<0,05$).

Мониторинг тахлиллари яна шаходатлик берди-ки, АГ “қучайиши”га бевосита, статистик ишончли тусда, алоқадорликда миокард инфарктини келиб чиқиш сони ортиб боради. Зеро, рақамлар бу борада “қуйидагича гапиради”: касалликнинг I -босқичида содир этилган МИнинг барчасини 17,8 фоизи аниқланади, II –босқичида – 4,6 фоизга ортиб, 22,4 фоизда МИ таъсисланади ($p<0,05$) ва III –босқичида – эса МИ частотаси 30,2 фоизда кузатилади ($p<0,05$).

Бу йўналиш “ташхисий” ва “терапевтик” ҳамда “скринингли” хушёрликлар қучайтирилса, фаоллаштирилса мақсадга мувофиқ бўлади.

МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ДАВОЛАШ: ТЎҒРИ ТАНЛОВ ЎТКАЗИШНИ ҚАНДАЙ ЙЎЛИ БОР? (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВ ЯҚУНЛАРИ)

*Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Миокард инфаркти (МИ) билан беморларни олиб боришда иккита катта хавф бўлади: биринчиси, касалликнинг атипик дебюти ва бунинг натижасида кечикиб ташхис қўйиш; иккинчиси, препаратларни замонавий клиник тавсиялардан келиб чиқиб тўғри танловни амалга ошириш масаласида, кўпинча тадқиқотларда кузатилишича, “дорилар хавфи” синдромига йўл қўйилади. Бундай “сув остидаги илганмас” таҳдид МИнинг барча кечиши ҳолатларида – кекса ва қарияларда ёш гуруҳларидаги миждозларда, аёллар ёки эркаклардаги МИда, қандли диабет билан беморлардаги МИда ва ўнг қоринчали МИда кузатиладилар.

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфарктини фармако-эпидемиологик тавсифини Фарғона водийси шароитида ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: РШТЁИМ АФда 3 йиллик фармакоэпиде-миологик тадқиқот ташкил этилди ва жами 412 та беморлар текширилдилар.

Натижалар ва хулосалар: маълум бўлдики, миокард инфарктини даволашда, энг аввало, дори танловида анча худудий муаммолар бор экан. Ўз-ўзидан, шулар сабабли, миокард инфарктида бу муаммони ҳал этиб бориш асосий вазифа бўлиб хисобланади ёки намоён бўлади. Тасдиқланди-ки, дунё тажрибасига мувофиқ келган ҳолда, буни худудларда бажариб боришнинг самарали, қулай ва беҳавф йўли, бу, - фармакоэпидемиологик мониторинг ёки текширувларни изчил йўлга қўйишдир. Тахлилларимиз исботлади-ки, миокард инфарктини даволаш имкониятларидан 47,0 фоиз ҳолларда тўла фойдаланилмайди. Кардиология ўрни бор барча даволаш – профилактика – реабилитация кардиореанимация блокидан ташқари алоҳида “Жадал кузатув палаталари” барча имкониятлари билан ташкил этилса ва фаолияти таъминланса, айниқса дорили давони тўлиқлигини тавсияларда мувофиқлаштиришда, мақсадга мувофиқ бўлади.

Кузатув натижаларимизнинг тахлили бўйича, миокард инфарктини халқаро тавсияларга тўғри келадиган “Тўлиқ самарали даво”си 62,9 фоиз беморларда ўтказилади. “Нотўлиқ медикаментозли даво” эса беморларда 29,4 фоиз частота

билан аниқланади ва “Халқаро тавсияларга номувофик дори танлови” ҳолати 7,8 фоиз беморларда қайд этилади ($p < 0,05$; $p < 0,001$).

Хулоса қилинди-ки, фармакоэпидемиологик таъминланиши, текширув ҳудудида миокард инфарктининг даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини энг камида 47,2 фоизга оширади.

Стандарт терапиядан четлашиб 29,4 фоиз бўлса, 7,8 фоиз клиник вазиятда бетаблокаторлардан, АПФ ингибиторларидан, статинлар ва антитромбоцитар препаратларидан етарлича миқдорда фойдаланмаслик қайд этилади. Бундай ташқари, нонаркотик препаратлар ва нитратларни қисқа таъсир этувчи турларидан фойдаланиш билан чегараланиб қолиш ҳолати кузатилади. Аксарият бетаблокаторлар фақат ичиш учун буюрилади ва уларни вена ичига бериб даволаш (болюс) амалиёти деярли фаолиятланмаганлиги тасдиқланади, боз устига, “титрациялаш” қодалари талаб тўлиқ жавоб бермайди. Биз бу ҳолатларга таъсир ўтказдик, натижалар “акт” ҳолида амалиётга киритилди ва учинчи кузатув йилимизда, РШТЁИМ АФда миокард инфарктдан ўлим даражаси то 6,0 фоизгача етиб пасайди ёки бу, Республикада энг кам кўрсаткич сифатида эътироф этилди.

МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА VITAL, ESSENTIAL VA NON – ESSENTIAL ПРЕПАРАТЛАР ҚЎЛЛАНИШINI ТАҲЛИЛИ ВА ХУДУДИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

*Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Миокард инфаркти (МИ) билан беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш имкониятлари бағоят кенгайди ва бунинг натижасида ўлим даражаси пасайишига эришилди. Лекин бари-бир, энг охириги клиник тавсиялардаги манбалар бўйича хулоса қилунгудек бўлинса, барала муваффақиятли тиббий ёрдам сифати МИ билан беморлар учун тўлиқ таъминланди деб айтиб бўлмайди. Зеро, касалликнинг 1,5 – 2 соатида МИдан 50,0 фоизга ўлим содир бўлади ва асосан беморлар шифохонагача босқичда рўй беради.

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфаркти билан беморларда фармакоэкономик таҳлил ўтказиш йўли билан Фарғона водийси шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 412 та миокард инфаркти билан беморларда уч йиллик фармакоэкономик текширув бажарилди. Текширув объекти сифатида - РШТЁИМ АФ бўлимларида даволанган 20-80 ёшли беморлар олинди. VEN – таҳлил усули қўлланилди; Vital, Essential ва Non – Essential препаратлар алоҳида – алоҳида қилиниб ўрганилди.

Натижалар ва хулосалар: 40,0 фоиз ҳолларда ўтказилаётган “BASIC Terapiя” ни такомиллаштириш зарурияти кўзга ташланади. Тўлиқ имкониятли ва мақсадли даво 37,0 фоиз беморларда қайд этилади ва яна, прогнозимиш бўйича 40,0 фоиз беморларда кордиоваскуляр хавф сақланиб қолади. Тахлилий прогноз яна тасдиқландики, айнан сақланиб қолаётган “доривий номувофиқлик” сабаб бўлиб иктисодий талофат – зарар қўламлари икки баробарга етиб ортиши мумкин. Нохуш сақланиб қолаётган тенденцияни бартарафлашни ягона йўли, бизнинг тахлилимиздан келиб чиққан ҳолда, ҳар бир миокард инфаркти билан беморларга алоқадор даволаш – профилактика диспансер ва реабилитация бўлимларида фармакоэпидемиологик, фармакоэкономик ва фармаконадзорат тизимини жорий қилинишидир. Номувофик фармакотерапевтик амалиётни яна бир кўриниши, тахлилларимиз бўйича, тромбозисни номунтазам ва фақат унинг бир туридан (стрептокиназа) фойдаланганлиги бўлган. Гепаринотерапияни узлуксиз томчилаш амалиётидан умуман фойдаланилмайди, пастмолекуляр гепаринлардан фойдаланиш даражаси 40,0 фоиздан ошмаганлиги ҳам қайд этилади.

Тасдиқланди-ки, “Vital препаратлар” – 67,5 фоиз “Essential препаратлар” – 22,8 фоиз ($p < 0,01$) “Non – essential препаратлар” – 9,7 фоиздан ошмасдан қўлланиладилар.

Олинган натижалар эътиборга оlinиб даволаш амалиёти ўтказилса, бизнинг прогнозимишга, улар даволаш самарасини 33,0 фоиздан то 63,0 фоизгача етиб МИ билан беморларда оширади.

СОСТОЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Мамажонов А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее время перед нами встала новая пандемия, т.е. в медицине появился новый термин метаболического синдрома (МС) и он обобщает основные факторы, ведущие к развитию атеросклероза. В литературе за последние годы приводится много информации об основной роли МС в развитии различных заболеваний. Об этом говорят данные, о МС обусловленных многогенными нарушениями. МС представляет комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и пуринового обменов, а также механизмов регуляции артериального давления и ретикулы эндотелия. В основе развития этих расстройств лежит снижение чувствительности тканей к инсулину – инсулинорезистентность (ИР). Следовательно, гиперурикемия (ГУК) и микроальбуминурия (МАУ) – это тесно взаимосвязанные процессы, характеризующие клиническое проявление МС. Однако работ по изучению состояния пуринового обмена и микроальбуминурии у больных МС недостаточно и эта проблема нуждается в дальнейшем комплексном исследовании.

Цель работы. Изучение состояния пуринового обмена и микроальбуминурии у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Было обследовано 50 больных в возрасте от 30 до 55 лет, страдающих МС с учетом факторов риска и поражений органов - мишеней. В условиях стационара обследованы 18 больных мужского (34,7%) и 32 женского (65,3%) пола в возрасте от 30 до 55 лет, которые были рандомизированы на следующие 3 группы: I (контрольная) – здоровые лица в возрасте 25-40 лет – 15 человек; II – больные артериальной гипертонией – 18 человек в возрасте 30-59 лет; III группа – больные с МС – 32 в возрасте 30-59 лет. Состояние пуринового обмена определяли энзиматически колориметрическим методом по уровню мочевой кислоты в сыворотке крови на автоматическом анализаторе Stat Fax Awareness technology

INC (Италия), с использованием реактивов Hospitex diagnostics s.r.l. (Италия). Результаты клинических исследований обработаны с помощью прикладных программ статистической обработки программы Excel, а также методом вариационной статистики с использованием таблиц t-критериев Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У большинства больных МС заболевание было связано с наследственным фактором (31,5%), ожирением (30,0%) алиментарным фактором (28,4%), и низкой физической активностью (гиподинамия – 10,1%). В группе алиментарного фактора больные указывают на избыточное употребление углеводов и жиров. Избыточной масса тела и ожирение считается основными компонентами МС. И вместе с тем особый интерес вызывает взаимосвязь между компонентами МС. У обследуемых больных были определены индекс Кетле (ИК) показатель массы тела и степень абдоминального ожирения (АО). Измерение окружности талии в I-группе показало $78,8 \pm 1,14$ см, во II-группе $80,3 \pm 0,46$, а у с МС-102,5 $\pm$ 1,5. У больных с АГ АО был выше показателей контрольной группы на 1,9%, т.е. показатели были почти одинаковыми. При обследовании ИК в контрольной группе этот показатель показывал $24,3 \pm 0,7$ м², а во II-ой группе ИК был равен $26,7 \pm 1,3$ м². В группе ГБ ИК был выше на 4,9%, показатели почти не отличались. У МС ИК в среднем составлял $32,6 \pm 0,8$ м², был выше показателей контрольной группы на 35%, показателей II-ой группы на 28,6%. Полученные результаты дают основание полагать, что артериальное давление и уровень гликемии связаны с массой тела. Пуриновый метаболизм оценивали на основании определения в образцах плазмы венозной крови, взятой натощак, концентрации мочевой кислоты. Гиперурикемия уровень МК свыше 0,45 ммоль/л была выявлена нами у 52,6% пациентов, страдающих МС, и у 37,1% больных, имевших клинику АГ. С целью более углубленного анализа взаимосвязи уровня урикемии с другими параметрами МС, мы разделили всех обследованных лиц по результатам проведенного исследования на 3 клинические группы. По мере нарастания клинической картины синдрома, росла и распространенность гиперурикемии: в группе АГ - в 22,2% случаев: в группе МС в 50,7% случаев.

В проведенном нами исследовании гиперурикемия была выявлена у 52,6% пациентов, страдавших МС, что несколько превышает данные других авторов. Однако, частота нарушений пуринового обмена зависела при этом от наличия сопутствующих компонентов МС: при его отсутствии она составляла всего 22,2%, нарастала по мере прогрессирования клинической картины синдрома и достигала максимума - 68,6% - у пациентов с МС. Кроме того, нами было отмечено, что концентрация МК в крови достоверно коррелировала со степенью выраженности ожирения, гиперинсулинемии, триглицеридемии и гликемией параметрами, отражающими состояние ИР.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что гиперурикемия является нарушением обмена веществ и одним из компонентов, присущих метаболическому синдрому. Нами обследовано 26 больных МС на наличие МАУ. Пациентов разделили на группы. Критериями формирования групп послужили стадии диабетической нефропатии (ДН): 1 – группа – больные с нормоальбуминурией: экскреция альбумина с мочой ниже 30 мг/сут; 2- группа – больные с МАУ: экскреция альбумина с мочой от 30-300 мг/сут; 3 – группа - больные с протеинурией (ПУ), выявляемой при исследовании суточной экскреции белка с мочой и с сохраненной азотвыделительной функцией почек (уровень креатинина в сыворотке крови ниже 110 ммоль/л). Результаты исследования показали, что МАУ была выражена у больных АГ в 22,4% случаев, у больных МС – в 75,2% случаев. При наличии МС у больных отмечается неселективная протеинурия в 80,1% случаев. Степень МАУ и ПУ прямо коррелировала со степенью ДН: при начальной стадии ДН – МАУ на уровне микроальбуминурии (<30 мг/сут), при ДН II стадии МАУ от 30-300 мг/сут, при ДН III – IV степени определяется ПУ. Степень выраженности ПУ прямопропорциональна степени ДН. При ДН III стадии ПУ составила $1,47 \pm 0,7$ г/сут, при ДН IV стадии – $2,7 \pm 1,9$ г/сут.

Таким образом, у больных МС наличие нормоальбуминурии свидетельствует об адаптивно-компенсаторной реакции сосудов, направленной на преодоление развивающейся патологии почек. Наличие МАУ означает, что стадия МАУ может быть обратима при своевременном начале лечения и затормозит прогрессирование ДН и её переход в стадию ПУ и ХПН.

Большинство случаев МС возникает на фоне длительного сосуществования факторов риска, к которым относится повышение ТГ, липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и понижение уровня ЛПВП в плазме крови. Как видно максимальный уровень общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП отмечается в III группе, по сравнению с контрольной и II группами. По сравнению с контролем значение общего холестерина у больных с АГ увеличено на 30,4%, а у с МС - на 47,8%. Содержание триглицеридов в III группе превысило значение контроля на 71%, во II группе на 44,4%. Уровень ЛПНП во II группе превысил показатель контрольной группы на 53,8%, содержание ЛПНП в III группе увеличено на 99,7% по сравнению со здоровой группой. ЛПВП во II и в III группах снижено по сравнению с контролем. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 8,8%, а при I и III групп – 46,6%. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 7,1%, а при I и III групп – 47,6%.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что гиперурикемия является нарушением обмена веществ и одним из компонентов, присущих метаболическому синдрому. Степень выраженности ГУ прямо пропорциональна нарастанию клинической картины МС. У больных МС наличие нормоальбуминурии свидетельствует об адаптивно-компенсаторной реакции сосудов, направленной на преодоление развивающейся патологии почек. Наличие МАУ означает, что стадия МАУ может быть обратима при своевременном начале лечения и затормозит прогрессирование ДН и её переход в стадию ПУ и ХПН. Наличие МАУ – о клубочковой гипертензии и уменьшении клубочковой фильтрации.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Умарова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время существует несколько терапевтических подходов к лечению больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, каждый из которых имеет свои

преимущества и недостатки. Поиск оптимального метода консервативного ведения больных с хронической ишемией нижних конечностей остается важной и до конца не решенной задачей.

Цель исследования. Изучить эффективность фармакотерапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Пациенты распределены на 2 группы случайным образом, каждому пациенту проведен 10-дневный курс в/в инфузий. 1-ю группу составили 40 пациентов, которым назначен Активегин 4 мг/мл, 250 мл в качестве монотерапии. Во 2-ю группу включены 40 пациентов, которым проводились инфузии декстранов и пентоксифиллина в дозе 100 мг. Возраст пациентов в 1-й группе – 54–77 лет ($64,8 \pm 9,9$ года), во второй – 42–86 лет ($64,3 \pm 14,2$ года).

Результаты исследования. У всех пациентов причиной ишемии был облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. У большинства пациентов отмечалось 2–3 сопутствующих заболевания, преобладали ишемическая болезнь сердца (I–II функциональный класс) и артериальная гипертензия (I–II стадии). Табакокурение в стационаре строго запрещено, до госпитализации курение подтвердили 4 (10%) пациента в 1-й группе и 7 (17,5%) пациентов во 2-й группе. Статистически значимых различий по возрасту и дистанции безболевого ходьбы до лечения выявлено не было. Все пациенты дополнительно получали перорально антиагрегантную, гиполипидемическую терапию. При наличии показаний пациентам выполнялось оперативное лечение строго после курса инфузий и контрольного исследования. В обеих группах оценивался прирост дистанции безболевого ходьбы. Методика измерения – тредмил-тест без уклона со скоростью 3 км/ч.

Переносимость инфузионной терапии в обеих группах была удовлетворительной, побочных эффектов не зарегистрировано. Прирост дистанции безболевого ходьбы составил 58,8% в 1-й группе и 60,7% во 2-й группе, различие статистически недостоверно ($p=0,68$).

После курса инфузионной терапии у пациентов 2-й группы достоверная динамика получена только для времени достижения максимального уровня перфузии при тепловом воздействии; увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока при базальной перфузии не имеет самостоятельного значения.

У пациентов 1-й группы при базальной перфузии отмечается достоверное увеличение амплитуды миогенных колебаний кровотока, что указывает на степень раскрытия прекапиллярных артериол и капиллярных сфинктеров, снижение с тенденцией к достоверности параметра шунтирования и увеличение амплитуды респираторно обусловленных колебаний кровотока. В ответ на тепловой стимул отмечаются увеличение с тенденцией к достоверности амплитуды эндотелиальных колебаний кровотока и достоверное увеличение уровня тепловой вазодилатации.

Выводы. Оценивая динамику показателей функционального состояния регуляторных механизмов микроциркуляции, можно с достаточной долей уверенности говорить о механизмах действия различных лекарственных препаратов у пациентов с хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Положительная динамика в группе инфузий Активегина достигнута за счет эндотелиопротективного эффекта и поступления крови преимущественно в капиллярное русло.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Умарова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) – одно из самых распространенных заболеваний среди женщин развитых стран мира, занимающее первое место по заболеваемости и третье по смертности среди злокачественных новообразований в общей популяции. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн новых случаев рака молочной железы

Цель исследования. Повышение эффективности лечения, удлинение сроков ремиссии и увеличение выживаемости больных с первично диссеминированным РМЖ.

Материал и методы. За 2015–2018 гг. в исследование были включены 102 больных с первично диссеминированным РМЖ. Возраст варьировал от 28 до 76 лет, средний возраст составил 52 года. Эффективность лечения оценивалась после 2–4 курсов. При развитии резистентности прогрессирования процесса больные переводились на очередную линию химиотерапии.

Результаты исследования. Оценка эффективности лечения после проведения 4-х курсов ХТ показала, что общий объективный эффект достигнут у 37 пациенток ($75,5 \pm 6,1\%$) в I группе и 39 ($73,6 \pm 6,0\%$) – во II. Стабилизация процесса с положительной динамикой (менее 50 %), отмечалась у 9 ($18,4 \pm 5,5\%$) и у 12 ($22,6 \pm 5,7\%$) пациенток, прогрессирование наступило в I и II группах в 3 ($6,1 \pm 3,4\%$) и 2 ($3,8 \pm 2,6\%$) случаях, соответственно. Раздельный анализ эффективности в зависимости от применяемых схем ХТ показал, что в I группе отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров метастатических поражений, из них у 3 больных с язвенно-некротической формой РМЖ отмечено уменьшение язвы, стягивание краев раневой поверхности, у одной больной отмечалась полная регрессия надключичных лимфоузлов и в печени. У 9 ($18,4 \pm 5,5\%$) больных I группы отмечалась стабилизация процесса, и у 3 ($6,1 \pm 3,4\%$) больных – прогрессирование, после чего пациенты были переведены на другую линию ХТ – таксотер + карбоплатин. Во II группе у 39 ($73,6 \pm 6,0\%$) из 53 наблюдаемых больных также была достигнута положительная динамика, из них у 2 ($3,8 \pm 2,6\%$) с множественными метастазами в легких после проведения 4-х курсов ХТ наступила полная регрессия метастатических узлов. У 12 ($22,6 \pm 5,7\%$) больных отмечена стабилизация процесса, а у 2 ($3,8 \pm 2,6\%$) – прогрессирование, после чего больные были переведены на другую линию ХТ (таблица 1). При изучении токсических проявлений установлено, что их частота и характер зависели от применяемых схем ХТ. Для больных I группы наиболее частыми побочными эффектами явились: тошнота с эпизодами рвоты (78,6 %), нейротоксичность (65,3 %) и нейтропения (33,7 %). При применении схемы, включающей паклитаксел и кселоду у 22,6 % пролеченных пациенток наблюдался неярко выраженный ладонно-подошвенный синдром.

Вывод. В результате лечения больных с диссеминированными формами рака молочной железы и испытания 2-х режимов химиотерапии в качестве 1 и 2 линий, включающих паклитаксел + доксорубин и паклитаксел + кселода установлено, что оба режима способствуют улучшению качества жизни пациентов и достижению терапевтического

эффекта у 75,5 и 73,6 % больных, соответственно, без усиления частоты и тяжести гематологической и негематологической токсичности.

ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

*Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Авазов А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости. Частота повреждений печени при закрытой травме живота колеблется от 20 до 46,9% (М.М.Абакумов с соавт., 2001), при проникающих ранениях – от 57,5 до 86,4% наблюдений (М.Г.Урман, 2003; В.Ф.Чикаев с соавт., 2011).

По литературным данным послеоперационная летальность при закрытой травме живота с повреждением печени составляет 30,4%, при колото-резанных ранах органа – от 4 до 10,5%, при сочетанной травме погибает 39,3% пострадавших (Б.И.Альперович, 2001; О.Н.Эргашев с соавт., 2011).

При современной сочетанной травме пострадавшие, у которых степень тяжести повреждений по шкале ISS соответствует IV и V степени (по Е.Моог, 1986), характеризуются высокой летальностью, достигающей 40-80%. Высокие показатели летальности связаны с сочетанностью повреждений, шоком, кровопотерей, усугубляющихся в раннем послеоперационном периоде развитием «abdominal compartment syndrome», а в последующем – гнойно-септических осложнений (В.В.Бойко с соавт., 2004).

Цель исследования. Оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материалы и методы. В отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2009-2019 гг. оперировано 130 пострадавших с травмой печени.

Из них у 25 (19,2%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по Е.Моог. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты исследований. Были проанализированы результаты хирургического лечения 25 пациентов с массивными травмами печени в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 16, женщин – 9. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по Е.Моог IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 3 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 24,0% (6 из 25), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 16 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

- 1 – интероперационная гемотрансфузия более 2 литров;
- 2 – нестабильность пострадавшего;
- 3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 34^{\circ}\text{C}$);
- 4 – развитие ДВС-синдрома;
- 5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является интестинальная декомпрессия с целью проведения энтерального зондового питания для коррекции гиперметаболизма и профилактики вторичных системных осложнений, связанных с возникающей энтеральной недостаточности.

ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

*Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Авазов А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости. Частота повреждений печени при закрытой травме живота колеблется от 20 до 46,9% (М.М.Абакумов с соавт., 2001), при проникающих ранениях – от 57,5 до 86,4% наблюдений (М.Г.Урман, 2003; В.Ф.Чикаев с соавт., 2011).

По литературным данным послеоперационная летальность при закрытой травме живота с повреждением печени составляет 30,4%, при колото-резанных ранах органа – от 4 до 10,5%, при сочетанной травме погибает 39,3% пострадавших (Б.И.Альперович, 2001; О.Н.Эргашев с соавт., 2011).

При современной сочетанной травме пострадавшие, у которых степень тяжести повреждений по шкале ISS соответствует IV и V степени (по Е.Мооре, 1986), характеризуются высокой летальностью, достигающей 40-80%. Высокие показатели летальности связаны с сочетанностью повреждений, шоком, кровопотерей, усугубляющихся в раннем послеоперационном периоде развитием «abdominal compartment syndrome», а в последующем – гнойно-септических осложнений (В.В.Бойко с соавт., 2004).

Цель исследования. Оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материалы и методы. В отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2009-2019 гг. оперировано 130 пострадавших с травмой печени.

Из них у 25 (19,2%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по Е.Мооре. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты исследований. Были проанализированы результаты хирургического лечения 25 пациентов с массивными травмами печени в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 16, женщин – 9. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по Е.Мооре IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 3 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 24,0% (6 из 25), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 16 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

- 1 – интероперационная гемотрансфузия более 2 литров;
- 2 – нестабильность пострадавшего;
- 3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 34^{\circ}\text{C}$);
- 4 – развитие ДВС-синдрома;
- 5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является интестинальная декомпрессия с целью проведения энтерального зондового питания для коррекции гиперметаболизма и профилактики вторичных системных осложнений, связанных с возникающей энтеральной недостаточности.

РОЛЬ АДЬЮВАНТНОГО ХИМИО-ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Умурзакова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В последние годы в мире рак тела матки (РТМ) стабильно занимает второе место в структуре онкопатологии у женщин, уступая только раку молочной железы. Стандартизованный показатель заболеваемости РТМ в мире на конец 2017 года составил 154 на 100 тысяч населения, что на 4-7% выше аналогичного показателя предшествующих 2015-16 годов.

Также в последние годы отмечена тенденция к росту частоты гистологически неблагоприятных форм заболевания. Все это не позволило снизить как общий уровень летальности при данной патологии, так и преодолеть 10% барьер летальности на первом году.

Цель исследования. Изучить методы адьювантной химиолучевой терапии в рака тела матки.

Результаты исследования. По рекомендациям нескольких терапевтических групп, оценивавших значимость влияния основных клиничко-морфологических факторов на отдаленные результаты лечения, было предложено следующее распределение больных РТМ по группам риска:

- группа низкого риска: стадии IA Grade 1-2, IB Grade 1, эндометриоидный гистотип;
- группа промежуточного риска: стадии IA Grade 3, IB Grade 2-3, II, LVI+, возраст старше 60 лет;
- высокого риска: III, IV стадии, неэндометриоидный гистотип.

При этом по совокупным данным, при поверхностной инвазии в миометрий эндометриоидной аденокарциномы высокой дифференцировки (Grade 1), риск лимфогенного метастазирования составлял менее 5%; при инвазии до половины миометрия эндометриоидной аденокарциномы высокой и умеренной дифференцировки (Grade 1-2), риск метастазирования в тазовые лимфоузлы не превышал 8-10%, в ПАЛУ – 4-5%. При глубокой инвазии в миометрий (более 50% толщины), снижении дифференцировки опухоли до Grade 3, неэндометриоидном типе опухоли или распространении

опухоли за пределы матки, риск метастазирования резко возростал: в тазовые лимфоузлы – до 30-60%, в парааортальные лимфоузлы – до 10-30%, что определяло необходимость оптимизации адъювантной терапии у данных категорий больных.

Для основной части пациенток группы промежуточного риска влияние различных видов адъювантной терапии было признано неоднозначным и потребовало дальнейшей стратификации. Так, в ряде исследований было показано, что проведение PRT снижает число локо-регионарных рецидивов, не влияя при этом на ОВ и ухудшая качество жизни вследствие лучевых реакций. В ряде случаев методом выбора адъювантного лечения становится брахитерапия, проявившая себя у части больных как равноэффективный способ профилактики прогрессирования по сравнению с PRT, не ухудшающий при этом качества жизни.

Вывод. Несмотря на значительное число и репрезентативность проведенных и продолжающихся клинических исследований, оптимальное лечение больных РТМ групп промежуточно-высокого и высокого риска прогрессирования остается нерешенной задачей. Не определен оптимальный для каждой стадии объем оперативного вмешательства; успехи различных, в том числе и комбинированных, схем адъювантного лечения не обеспечивают на сегодняшний день допустимого уровня регионального и отдаленного метастазирования, что обусловлено в первую очередь гетерогенностью контингента больных РТМ даже в рамках одной стадии.

СОВРЕМЕННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ОСТЕОСАРКОМЫ

Умурзакова Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время главным в проблеме лечения локализованной остеосаркомы является соблюдение баланса многих интересов: достижения локального эффекта и шансов на излечение, уменьшения побочных эффектов и риска развития вторых опухолей, восстановления и сохранения удовлетворительной функции конечности, обеспечения удовлетворительного качества жизни в процессе и после лечения, а также дорогостоящего мониторинга.

Оптимальное решение этой задачи остается сложным. Больше внимания следует уделять проблемам разработки индивидуализированных лечебных подходов, которые пока находятся в начальной стадии изучения. Речь идет об адаптации лечения к степени риска и ответу. Эта проблема все чаще обсуждается в последние годы.

Цель исследования. Изучить методы современной химиотерапии остеосаркомы.

Результаты исследования. У 80-90% больных опухоли резектабельны, при этом также высоки шансы на сохранение конечности. Выраженный гистологический ответ ассоциируется с более надежным локальным и системным контролем опухоли.

Наиболее активные в отношении остеосаркомы противоопухолевые препараты — метотрексат в высоких дозах (8-12 г/м²), антрациклиновые антибиотики (доксорубин), производные платины (цисплатин) и ифосфамид в комбинации или без этопозиды. В последние годы изучаются два новых цитостатика, которые менее токсичны, чем их аналоги. Это Ах-эпидоксорубин, который менее кардиотоксичен, чем доксорубин, а также карбоплатин, который менее нефро- и ототоксичен, чем цисплатин.

Впервые эффективность высоких доз метотрексата была показана при метастатической остеосаркоме в начале 70-х гг. XX в. Не останавливаясь на методике введения, которая подробно описана в литературе, следует заметить, что метотрексат в высоких дозах хорошо переносится в режиме еженедельного применения. При соблюдении правил введения его токсичность относительно невысока, не отмечается миелосупрессии, стоматитов, алопеции, нефро- и нейротоксичности.

В первых протоколах дозу метотрексата адаптировали к возрасту больного. Для детей и подростков рекомендовались 12 г/м², а для взрослых — 8 г/м². В более поздних публикациях Д. Розен пришел к выводу о том, что оптимальными для всех больных являются 12 г/м². Французские исследователи на основании изучения фармакокинетики в разных возрастных группах рассчитали следующие дозы: дети от 5 до 9 лет — 18 г/м², от 10 до 15 лет — 15 г/м² и лица старше 15 лет — 12 г/м².

Вывод. Индивидуализация терапии возможна на основании комплексной оценки степени риска, изучения традиционных и поиска новых факторов прогноза и биологических характеристик опухоли. Необходима разработка моделей прогнозирования гистологического ответа до и в процессе химиотерапии. Важным является раннее выявление признаков устойчивости к лечению с помощью современных методов мониторинга (компьютерная и магнитно-резонансная томография, сцинтиграфия, позитронно-эмиссионная томография, ультразвуковая доплерография и др.).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Урманова А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стенокардия – это клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может отдавать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область, левую лопатку. Патоморфологическим субстратом стенокардии практически всегда являются атеросклеротические сужения коронарных артерий. Стенокардия появляется во время физических нагрузок (ФН) или стрессовых ситуаций, при наличии сужения просвета коронарной артерии, как правило, не менее чем на 50-70%.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические данные о нестабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 35 пациенток с диагнозом ИБС.

Результаты исследования. При предварительном анализе выходные антропометрические (масса тела, индекс массы тела, объем талии и бедер) и гемодинамические (систолическое и диастолическое АД, частота сердечных сокращений, пульс) данные в группе до лечения и после лечения достоверно не отличались ($P > 0,05$). На основании этого можно утверждать, что действие исследованного способа медикаментозной терапии реализовалась на идентичном фоне.

Нами было проведено исследование влияния указанного курса лечения у обследованных больных на морфо-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца. Так, в исследуемой группе больных отмечалось уменьшение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ на 8,9%, конечного систолического объема (КСО) - на 20,43%, что привело к увеличению фракции выброса (ФВ) на 8,7% (табл. 1). Вместе с тем, уменьшился размер ЛЖ на 8,04%, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ на 9,7%, ВТС ЛЖ - на 17,14%, наметилась тенденция к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), что привело к уменьшению индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ на 11,2%.

Таким образом, фармакодинамические эффекты комплексного лечения проявляются главным образом в восстановлении сократительной функции ЛЖ, а именно, в уменьшении КСО и КДО, а также повышении ФВ ЛЖ.

Данные обследования больных до и после лечения свидетельствуют о положительном влиянии медикаментозной терапии на показатели липоцитоктинов.

Вывод. Анализ терапевтической эффективности предложенной комбинированной терапии показал, что прослеживается отчетливый лечебный эффект в отношении уменьшения степени ремоделирования миокарда, нормализации атерогенных нарушений липидного профиля, а также нейтрализации метаболических нарушений.

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ

Урманова А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на то, что нестабильная стенокардия (НС), как одно из наиболее распространенных, но слабо предсказуемых клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), изучается уже более 50 лет. Эта форма стенокардии и сегодня относится к числу актуальных проблем кардиологии. По современным представлениям НС, наряду с инфарктом миокарда без зубца Q (мелкоочаговый инфаркт) и крупноочаговым инфарктом, входит в единое понятие «острый коронарный синдром» (ОКС). Это свидетельствует об ее опасности для здоровья и жизни пациента, в то же время, в структуре ОКС эта форма ИБС, как никакая другая, позволяет с большей долей вероятности предупредить ближайшие и отдаленные неблагоприятные исходы.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические данные о нестабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, мы обследовали 35 пациенток с диагнозом ИБС.

Результаты исследования. Хотя эти методики позволяют оценить распространение пациентов с ангинозным синдромом в популяции, точный диагноз истинной стенокардии (т.е. болевой синдром в грудной клетке, вызванный изменениями венечных артерий) требует документированного подтверждения ишемии миокарда в связи с ограниченной точностью симптомов - предикторов заболевания венечных артерий.

Несколько исследований в различных когортах больных показало, что ежегодный уровень неосложненной стенокардии составляет около 0,5% у жителей западных стран в возрасте старше 40 лет, хотя географические колебания очевидны. Например, частота встречаемости стенокардии составила 0,54% в Белфасте (Северная Ирландия) и только 0,26% во Франции. Такая географическая вариабельность также была подтверждена в недавних исследованиях, показывающих, что частота встречаемости стенокардии соответствует уровню смертности от ИБС. В целом, картина может выглядеть так: в большинстве европейских стран каждый год появляется от 20 000 до 40 000 новых больных стенокардией. Распространение стенокардии возрастает с возрастом среди обоих полов. В возрасте 45-54 лет частота встречаемости стенокардии составляет около 2-5%, тогда как в возрасте 65-74 лет - 10-20%.

Распространенность хронической ИБС, однако, значительно больше и обусловлено частым отсутствием болевого синдрома у больных со стабильной или стабилизированной ИБС. Интересно, что распространенность стенокардии на протяжении нескольких десятилетий и в разных странах мира представляется несколько более высокой среди женщин, чем среди мужчин, со средним соотношением 1,2.

Эти данные относятся к оценке только симптомов, тогда как определенный диагноз обструктивного атеросклеротического поражения коронарного русла среди больных стенокардией устанавливается чаще у мужчин, чем у женщин. Действительно, среди больных с загрудинными болями, подозрительными на ишемию миокарда, которым выполняется коронароангиография, 10-30% имеют нормальные или почти нормальные (мало измененные) венечные артерии. 70-80% среди них женщины.

Вывод. Некоторые исследования дают основания предполагать, что стенокардия ассоциирует с одинаковым риском развития сердечно-сосудистых событий у мужчин и женщин, однако исследование WISE показало, что риск основных коронарных событий (ВСС, острый ИМ) ниже у женщин со стенокардией без обструктивного поражения венечных артерий.

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Усманов Б.Б., Исломбеков Д., Узбекиова Н.Р., Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Выявить и оценить особенности клинических, электрофизиологических и эхокардиографических особенностей заболевания у больных со стресс-индуцированной кардиомиопатией (СКМП).

Материалы и методы: Проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 10 больных (средний возраст $68,5 \pm 3,7$ года) с СКМП, верифицированной ЭКГ и ЭхоКГ методами. Всем больным проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scare» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты: Установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (90%), менее частыми симптомы – одышка (20%), отек легких (2%), редко встречаются – кардиогенный шок (1 больная), желудочковые аритмии (10%). Также отмечаются неспецифические симптомы – синкопе, слабость, кашель (5%). Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога. СКМП диагностирован у 2% пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ – это были 60-75 летние женщины в постменопаузальный период. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. При поступлении 56 % этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17 % пациентов имели инверсию зубца T, а 10% имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17 % этих пациентов имели нормальную ЭКГ. В 90% случаях подъем сегмента ST был ассоциирован с удлинением интервала QT и преходящими зубцами Q в передне-септальных отведениях. Однако вначале дифференцировать острый инфаркт миокарда от СКМП было затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ преходящие и в большинстве случаев исчезали в течение первых 2х недель. Мы предполагаем, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие зубца Q, зубца T, отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4-6 к подъему в V 1-3>1 могут быть высокоспецифичными для СКМП. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топические локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 20-49 % с последующим повышением до 59-76%, в среднем к 20-му дню от начала заболевания. Вторым важным критерием является вовлечение верхушки ПЖ. Данный критерий выявляется примерно у 25% обследованных пациентов.

Заключение: Несмотря на большое разнообразие современных методов диагностики, СКМП остается малоизученным заболеванием. Повышение частоты заболевания наблюдается у женщин в период постменопаузы, на фоне эмоционального стресса, клинически проявляющийся стенокардической болью за грудиной, подъемом сегмента ST. Характерны изменения на ЭКГ и ЭхоКГ. Прогноз благоприятный, выздоровление наступает примерно через 2-4 недели после начала заболевания, однако необходима своевременная диагностика и лечение во избежание развития серьезных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ

Усманова Э.М. Мирзакаримова Д.Б. Бекташев И.Б.
Андижанский государственный медицинский институт.

В исследовании изучены особенности клинической картины, методов современной диагностики и профилактики тонзиллитов, вызванных *S.pyogenes*. Повсеместное распространение, тяжесть заболевания, высокая частота неблагоприятных исходов подчеркивает актуальность заболеваний, вызванных *S.pyogenes*. Вместе с тем, требуется повышение бдительности практически всех врачей в постановке диагноза с целью своевременного правильного выбора терапии и профилактики осложнений от стрептококковых инфекций.

Ключевые слова: *Streptococcus pyogenes*, тонзиллит, инвазивные стрептококковые инфекции, антибактериальная терапия.

Актуальность темы. Среди бактериальных возбудителей заболеваний глотки наиболее пристальное внимание уделяется β -гемолитическим стрептококкам группы А [2,5]. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, в странах мира ежегодно регистрируют более 100 млн случаев первичной СИ (группы А), а распространенность ревматических поражений сердца колеблется в широких пределах — от 1 до 22 случаев на 1000 детей [1]. Согласно имеющимся данным, ежегодно в мире стрептококковая инфекция регистрируется как тонзиллофарингиты более 616 млн. случаев, пиодермий в 111 млн случаев и в виде тяжелых инвазивных инфекций в 660 тыс. случаев. Кроме этого, высок уровень постинфекционных осложнений стрептококковой инфекции. Так, ревматической лихорадкой заболевают около 15,5 млн, а острым гломерулонефритом более 0,5 тыс. человек [3].

В отсутствие лицензированных вакцин современные стратегии общественного здравоохранения в отношении заболевания, вызванного *S. pyogenes* сосредоточены на мерах по минимизации передачи и обеспечению защиты людей, подвергающихся риску инвазивных тяжелых форм заболевания [4].

Цель исследования: изучить особенности клинической картины тонзиллитов вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А, для разработки алгоритмов их ранней диагностики и профилактики.

Материалы и методы исследования: Проведено проспективное исследование 395 больных в возрасте от 7 до 63 лет с диагнозом «острый тонзиллит», госпитализированных в ангинозное отделение инфекционной больницы Андижанской области и клиники НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний. Анализированы клинические и лабораторные данные больных. А также проведено экспресс-тест (иммунохроматографический метод «СтрептотестR» Франция) для определения β -гемолитического стрептококка группы А.

Результаты исследования: Обследованные больные госпитализировались в острый период заболевания (1-й день болезни (46/11,6%), на 2-4 дни болезни (280/71%), случаи поздней госпитализации 5-6 дни 69/17,4% больных от начало заболевания). Больные (81/20,5%) имели контакт с больным со скарлатиной, ангиной в семье, в школе и др. По характеру местного процесса преимущественно диагностировалась катаральная ангина – 37 (9,36%) больных, фолликулярная ангина – 288 (73%) больных, лакунарная ангина – 69 (17,46%) больных. Фибринозно-некротическая ангина диагностирована у 1 больного – 0,25%. Из 395 образцов носоглоточной слизи *S.pyogenes* идентифицирован у 135 больных, из них культуральным методом *S.pyogenes* выделен от 73-ти больных (54,07%) и иммунохроматографическим методом от 92 больных (68,14%).

Клиническая картина стрептококковых ангин у всех больных (135/100%) характеризовалось острым началом с повышением температуры тела до 39-40°C и сопровождался ознобом. Одновременно с лихорадкой большинство пациентов отмечали и явления синдрома общей инфекционной интоксикации разной степени выраженности (головная боль 127/94%, чувства недомогания, общей слабости, а также болями в мышцах конечностей и суставах). Одновременно у всех больных отмечался боли, усиливающиеся при глотании, осиплость голоса 89 (66%) больных. Увеличение шейных лимфатических узлов, болезненных при пальпации регистрировалось у подавляющего большинства 114 (84,4%) пациентов. Другие органы и системы тоже вовлекались в патологический процесс: со стороны сердечно-сосудистой системы лишь у одного наблюдался аритмия. Со стороны дыхательной системы аускультативно у 44 больных отмечался жесткое дыхание, 23 больных с сухим хрипом, у 5 влажным хрипом. У 91 больного было негладкое течение, причиной которого в 39 (28,88%) случаев явились сопутствующие заболевания, в 84 (62,22%) - осложнения. Самое частое осложнение – отит наблюдалось у 13 (9,62%) больных. Острый ларингит наблюдался у 12 (8,88%) больных, острый синусит у 9 (6,66%) больных, а 3 (2,22%) больных отек гортани.

В анализе периферической крови в остром периоде заболевания выявлено лейкоцитоз, относительный нейтрофиллез, СОЭ у 4 (3%) больных не превышало 9 мм/ч, 17 (12,5%) больных – превышала 10 мм/ч, у 114 (84,44%) больных – от 10 до 20 мм/ч.

Обсуждение и выводы.

1. Характерной клинико-лабораторной особенностью течения стрептококкового тонзиллита у пациентов явилось острое начало заболевания (гипертермия, интоксикация, поражение миндалин и шейных лимфоузлов), а также определение лейкоцитоза только у большинства обследованных, при одновременном увеличении скорости оседания эритроцитов с 10-20 мм/ч.

2. На основании совокупности клинико-лабораторных данных разработано стандартное определение случая острого тонзиллита, способствующей скорейшего выздоровления больных на основе его своевременной ранней диагностики.

3. Поскольку большинство случаев инвазивного заболевания происходит спорадически, профилактические меры могут включать: своевременное выявление и изоляция больного, улучшение санитарно-гигиенических условий проживания, выявление групп риска, антибиотикопрофилактика и лечение.

ПРОФИЛАКТИКА ДИАРЕИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

*Усманова Я.Г., Назарова Г.У., Рахматова М.М.
АГМИ*

Актуальность: На сегодняшний день диарея является второй по значимости причиной смерти детей в возрасте до пяти лет — ежегодно от нее умирает 525 тысяч детей. Диарея достаточно частая проблема у детей. Ее причины могут быть различными – нарушение питания, кишечные инфекции, прием некоторых лекарственных средств, аллергическая реакция к некоторым продуктам питания. Диарея может длиться несколько дней и может выводить из организма воду и соли, необходимые для выживания. В прошлом основными причинами смерти, связанной с диареей, в большинстве случаев были дегидратация и потеря жидкости. В настоящее время возрастающая доля всех случаев смерти, связанных с диареей, приходится на другие причины, такие как септические бактериальные инфекции. Наибольшему риску заболевания диареей с угрозой для жизни подвергаются дети, страдающие от недостаточности питания или люди, имеющие ослабленный иммунитет. Задача врачей общего профиля состоит в раннем выявлении факторов риска заболевания и их устранение путём повышения информированности населения.

Цель: Повышение качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения по проблеме диареи среди детей до 5 лет .

Метод: Исследование проводилось в семейной поликлинике № 5 города Андижана. Были привлечены 31 матерей с ребенком до 5 летнего возраста . В качестве метода обследования взята специально разработанная анкета, состоящая из 3 пунктов и 10 вопросов. Анкетирование обследуемых было проведено дважды. В первый раз анкетирование проводилось без предварительного проведения беседы. Во второй раз анкетирование проведено после беседы врачом общего профиля на тему факторов риска, клинических проявлений, осложнений и профилактики диареи.

Результаты: В результате первого анкетирования – положительно ответили 10 (32,2%) респондентов. На втором анкетировании правильный ответ дали 21 (67,7 %) респондентов.

Выводы: Результаты обследования показали следующее: население не имеет полного представления об диареи. Одной из основных причин является безответственное отношение здоровью к своему ребенку.

Рекомендации: Необходимо плановое проведение врачами общего профиля подобных бесед среди населения. Для достижения лучших результатов рекомендуется проведение подобных мероприятий в интерактивном порядке с участием средств массовой информации.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА АХОЛИНИ ОПВГА ҚАРШИ ЭМЛАШ БЎЙИЧА ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ

Усманова Я.Ф.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Мавзун асослаш: Бачадон бўйни саратони (ББС) аёлларда энг кўп тарқалган саратонлар орасида тўртинчи ўринни эгаллайди. Ҳисоб-китобларга кўра, 2018 йилда ривожланаётган мамлакатларда ББСнинг янги ҳолатлари сони 570 мингга яқин аёл бачадон бўйни саратонидан вафот этди, ушбу ўлимларнинг 85 фоиздан кўпроғи кам ва ўртача даромадли мамлакатларда содир бўлди. Бачадон бўйни саратони маълум бир турдаги жинсий йўл билан юқадиган ОПВ инфекцияси натижасида ривожланади. 70% ҳолларда бачадон бўйни саратонининг сабаби икки хил ОПВ (16 ва 18) ҳисобланади. 16 ва 18 чи ОПВ турларига қарши иммунитетни ташкил этадиган вакциналар ЖССТ томонидан тавсия этилади ва кўплаб мамлакатларда фойдаланиш учун тасдиқланган. Бачадон бўйни саратонига қарши кураш чоралари бирламчи (ОПВга қарши эмлаш) профилактикани ўз ичига олади. Аммо ОПВни келтириб чиқарадиган энг кенг тарқалган касаллик бу бачадон бўйни саратони. Шу сабабли, аёлларни ушбу хавфли касалликдан ҳимоя қилиш вакцинация дастурларининг асосий мақсади ҳисобланади. Қизларни ОПВдан ҳимоя қилиш ҳам билвосита келажакдаги шерикларини ҳимоя қилади. Бундай умумий ҳимоя ёки «жамоавий иммунитет» вирус тарқалишининг олдини олишда жуда самарали эканлиги исботланган. ОПВга қарши қўлланувчи «Гардасил 9» вакцинасини ишлаб чиқаради. Соғлиқни сақлаш вазирлиги ОПВ вакциналарини 2015 йилда эмлаш миллий жадвалига киритди. Февраль ойида Соғлиқни сақлаш вазирлиги ОПВ билан эмлаш 2019 йил октябрь ойида бошланишини эълон қилди. Ўзбекистонда ЖССТ тавсиясига биноан 9 ёшдаги қизларни эмлаш тўғрисида қарор қабул қилинди. Болани ОПВга қарши эмлаш учун энг яхши вақт 9 ёшдан 14 ёшгача ҳисобланади. Ушбу ёшда, эмлаш энг кучли иммунитет реакциясини таъминлайди. УАШнинг вазифаси аҳоли ўртасида бачадон бўйни саратони касаллиги ҳақида маълумот бериш. Бу касалликни олдини олишни бирдан бир йўли ҳар бир 9 ёшли қизни **ОПВ** қарши эмлаш муҳимлиги ҳақида оналарни саводхонлигини оширишдир.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда аҳолини ОПВга қарши эмлаш бўйича хабардорлик даражасини ошириш

Услуб: Бизнинг текширув ишларимиз Андижон шаҳар 3- умумтаълим мактаби 3 синф ўқувчи қизларининг оналари билан олиб борилди. Текширувимизга 18 нафар оналар жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган , 2та пункт ва 10 саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди. Қатнашчилар ўртасида 1- чи анкета сўровнома ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга ОПВ нима, ўзида ОПВ борлигини билиш , қандай касалликларни келтириб чиқаради,бунга қарши вакцина борлиги вакцинани турлари , қайси ёшда кучли иммунитет ҳосил бўлиши, организмга ҳеч қандай зарари ва ноҳуя таъсирлари йўқлиги бепул қилиниши ҳақида умумий амалиёт шифокори томонидан интерфаол усулда маъруза ўқилди.Маърузадан сўнг 2-чи анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: 1-чи анкета сўровномасида жами2(11,1%) киши,2-чи анкета сўровномасида 16 (88,4%) киши жавоб берди.

Хулоса: Текширув натижаси шуни кўрсатиб турибдики оналар ОПВ вакцинаси ва эмланмаса қандай касалликлар келиб чиқиши ҳақида тўлиқ маълумотга эга эмас. Улар аҳоли ўртасида тарқалган турли хил миш - миш ёлгон маълумотларга ишонишади. Бунинг сабаби маҳаллаларда тиббиёт ходимлари томонидан тушунтириш ишлари қониқарли даражада эмас. Шунинг учун УАШ, патронаж хамширалар аҳоли ўртасида ҳозирги кунда жуда долзарб бўлган муаммолар ҳақида аҳолига тушунтириш ишларини олиб бориши керак. Бундай тадбирлар иммунолог мутахассислари билан биргаликда интерактив усулда олиб борилса мақсадга мувофиқ бўлар эди.Шу билан биргаликда маҳаллаларда сифатли патронаж ишлари олиб борилса бунданда яхшироқ натижаларга эришиш мумкин.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Усманова Я.Ф., Назарова Г.У., Рахматова М.М., Худойбердиев Ж.М.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Мавзун асослаш: Бачадон бўйни саратони аёллар саломатлигига таҳдид қилувчи жиддий касалликлардан бири ҳисобланади. 2018 йилда дунёда бачадон бўйни саратони билан қарийб 570 000 янги касалланганлик ҳолати қайд этилган. Ҳар йили шу касалликдан 311 000 дан ортиқ аёллар вафот этади. бачадон бўйни саратони тарқалишига кўра жаҳонда аёлларда учрайдиган саратон касалликлари орасида тўртинчи ўринда туради. Дунёда бўлгани каби, мамлакатимизда ҳам бачадон бўйни саратони барча ёшдаги аёллар ўртасида тарқалиши бўйича кўкрак беzi саратонидан кейинги ўринда туради. ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили юртимизда 1660 нафар аёл бачадон бўйни саратони касаллигига чалинмоқда. Шу боис бутун дунёда ушбу касалликнинг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга. Бачадон бўйни саратони ҳасталигининг олдини олишнинг энг кенг тарқалган усулларидан бири аёлларнинг суртма анализи топширишидир. Инсон папилло вирусига қарши эмлаш ҳасталикнинг олдини олиши мумкин бўлган энг таъсирли чоралардан бири сифатида билинади.УАШнинг вазифаси касаллик келтириб чиқарувчи хавф омиллари, касалликни илк белгилари, эрта аниқлаш ва олдини олиш чора тадбирлари ҳақида аёлларни билим савиясини оширишдир.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда аёллар ўртасида Бачадон бўйни саратони касаллигини олдини олиш ишлари сифатини яхшилаш.

Услуб: Бизнинг текширув ишларимиз Андижон шаҳар Шимолий кичик даха худудида олиб борилди.Текширувимизга 21 нафар 30 ёшдан ошган аёлларжалб қилинди.Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган , 3та пункт ва 10 саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди.Қатнашчилар ўртасида 1- чи анкета сўровнома ўтказилди. Сўнгра қатнашчиларга ушбу касалликни келтириб чиқарувчи хавф омиллари, илк клиник белгилари, касалликни эрта аниқлаш ва профилактикаси ҳақида умумий амалиёт шифокори томонидан интерфаол усулда маъруза ўқилди.Маърузадан сўнг 2-чи анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: 1-чи анкета сўровномасида жами 6(28,5%) киши , 2-чи анкета сўровномасида 19 (90,4%) киши жавоб берди.

Хулоса: Текширув натижаси шуни кўрсатиб турибдики аёллар Бачадон бўйни саратони касаллиги хақида тўлиқ маълумотга эга эмас. Махаллаларда тиббиёт ходимлари томонидан аёллар ўртасида профилактик тадбирлар қоникарли даражада олиб борилмаяпти. Аёлларни бу касаллик хақида билим савияси етарли даражада эмас. Шунинг учун УАШ, патронаж хамширалар аҳоли ўртасида хозирги кунда жуда долзарб бўлган касалликлар хақида режа асосида маърузалар ўқиши керак. Бундай тадбирларга акушер гинеколог мутахассисини ҳам жалб қилиб буклет, видеороликлардан фойдаланган ҳолда интерактив усулда олиб борилса мақсадга мувофиқ бўлар эди. Шу билан биргаликда врач ва хамширалар томонидан патронаж ишлари кучайтирилиши керак.

АКТИВНОСТЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Абдуллаева К.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) приобрела в последние годы важное медицинское и социальное значение. Для понимания патогенеза ИБС у пожилых необходимо изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Более информативным и адекватным является одновременное определение экскреции предшественника синтеза катехоламинов (КА) – диоксифиламина (ДОФА) и его спектра: дофамина (ДА), норадреналина (НА) и адреналина (А). В метаболизме биогенных аминов ключевое значение имеет реакция их окислительного дезаминирования, катализируемая моноаминоксидазой (МАО). Вопрос о взаимоотношении КА с другими гормонами при ИБС в современной кардиологии остается недостаточно изученным.

Целью работы явилось изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у пожилых больных ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Проанализированы результаты обследования 45 больных ИБС и 61 больного ИБС с СГ. У больных ИБС отметили статистически достоверное уменьшение экскреции адреналина (А) на 47,9%, что ниже значений контрольной группы в 1,9 раза ($P<0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля и на 16,5% (в 1,2 раза) ниже по отношению к больным ИБС ($P<0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС на 51,5%, что в 1,6 раза ниже значений группы контроля ($P<0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции НА на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля ($P<0,001$) и на 14,7% (в 1,5 раза) ниже показателей больных ИБС ($P<0,01$). Содержание дофамина (ДА) у больных ИБС снижено на 71,0%, что в 3,36 раза ниже значений группы контроля ($P<0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено уменьшение суточной экскреции ДА на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P<0,001$). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС на 18,7%, что в 1,23 раза ниже показателей контрольной группы ($P<0,01$). У больных ИБС с СГ уровень ДОФА ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза); а по отношению к показателям больных ИБС на 12,6% ниже (в 1,14 раза) ($P<0,01$). Отмечалось максимальное снижение активности МАО у больных ИБС в сочетании с СГ.

Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксин, в поддерживающих дозах 25-50мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение А на 48,1%, НА - на 51,2%, ДА - на 70,5%, ДОФА - на 17,6%. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составили 0,07 ед/экст.

Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапией.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Усманова Я.Г., Носиров М., Бахромов С.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Ишемический инсульт возникает вследствие нарушения поступления крови к отдельным участкам мозга из-за спазмов сосудов, тромбоза или по иным причинам, приняв меры, к профилактике которых можно избежать и инсульта. При атеросклерозе на стенках артерий и сосудов откладываются бляшки, образованные холестерином, что сильно ухудшает кровоток. Отложения появляются из-за неправильного питания, переизбытка в пище жиров и недостатка белков, и малоактивного образа жизни. Помимо диеты, отказа от курения и алкоголя, уменьшения количества соли в пище, обязательным является и медикаментозное лечение.

Цель исследования – изучение уровня информированности больных с гипертонической болезнью различных по образованию и профессиональному статусу, по осложнениям гипертонической болезни и заболеваний инсультом в частности ишемической формой.

Материалы и методы. В эпидемиологическом исследовании были обследованы группа больных из 86 человек среди прикрепленного населения семейной поликлиники №3 города Андижана. К популяционному анализу подвергались следующие параметры: данные первичного скрининга и опроса, измерение АД, регистрация ЭКГ, антропометрические измерения, общие клинические, физические, лабораторные, биохимические и инструментальные данные. Разработана профилактическая программа по обучению больных с гипертонической болезнью осложнениям данного заболевания. Было изучено степень информированности больных по инсультам. Проведено обучение с помощью интерактивных

лекций больных, по темам включающих информацию об осложнениях гипертонической болезни. После проведенного обучения был проведен опрос среди больных, состоящий из вопросов по ключевым аспектам профилактики инсультов.

Результаты. Сравнительно высокий показатель информированности регистрируется у больных со средним образованием (67,0%), в 2,9 раз меньше регистрируется у лиц с высшим образованием (23,0%) и наименьшей степенью информированности наблюдается среди обследуемых с начальным (15,0%) и колледжным образованиями (3%). В зависимости от возраста этот уровень информированности повышается в 9,1 раз ($p < 0,001$). После проведенного обучения больных степень информированности по профилактике инсультов значительно улучшилось.

Выводы. В своей повседневной работе врач семейной практики должен особо уделять внимание на профилактике осложнений гипертонической болезни, на улучшение качество жизни больных перенесших различные формы инсультов. Это в свою очередь способствует уменьшению возникновения осложнений и смерти больных

АКТИВНОСТЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Абдуллаева К.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) приобрела в последние годы важное медицинское и социальное значение. Для понимания патогенеза ИБС у пожилых необходимо изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Более информативным и адекватным является одновременное определение экскреции предшественника синтеза катехоламинов (КА) – диоксифиламина (ДОФА) и его спектра: дофамина (ДА), норадrenalина (НА) и адреналина (А). В метаболизме биогенных аминов ключевое значение имеет реакция их окислительного дезаминирования, катализируемая моноаминоксидазой (МАО). Вопрос о взаимоотношении КА с другими гормонами при ИБС в современной кардиологии остается недостаточно изученным.

Целью работы явилось изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у пожилых больных ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Проанализированы результаты обследования 45 больных ИБС и 61 больного ИБС с СГ. У больных ИБС отметили статистически достоверное уменьшение экскреции адреналина (А) на 47,9%, что ниже значений контрольной группы в 1,9 раза ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля и на 16,5% (в 1,2 раза) ниже по отношению к больным ИБС ($P < 0,001$). Содержание норадrenalина (НА) у больных ИБС на 51,5%, что в 1,6 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции НА на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$) и на 14,7% (в 1,5 раза) ниже показателей больных ИБС ($P < 0,01$). Содержание дофамина (ДА) у больных ИБС снижено на 71,0%, что в 3,36 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено уменьшение суточной экскреции ДА на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС на 18,7%, что в 1,23 раза ниже показателей контрольной группы ($P < 0,01$). У больных ИБС с СГ уровень ДОФА ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза); а по отношению к показателям больных ИБС на 12,6% ниже (в 1,14 раза) ($P < 0,01$). Отмечалось максимальное снижение активности МАО у больных ИБС в сочетании с СГ.

Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксин, в поддерживающих дозах 25-50мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение А на 48,1%, НА - на 51,2%, ДА - на 70,5%, ДОФА - на 17,6%. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составили 0,07 ед/экст.

Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапией.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) обуславливает ее ведущие место в структуре хирургических заболеваний. По современным данным, желчнокаменной болезнью страдает более 10% населения планеты, при этом число пациентов неуклонно увеличивается. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Установлено, что в возрастных группах 60-70 лет и старше популяционная частота холецистолитиаза составляет 25 и 30%, соответственно. В этой связи желчнокаменная болезнь и связанные с ней многочисленные осложнения, одним из которых является острый холецистит, остаются одними из самых распространенных патологических состояний как терапевтического, так и хирургического профиля, а проблема рационального лечения этих заболеваний является одной из наиболее актуальных в современной медицине.

Цель исследования. Определить рациональной хирургической тактики при лечении острого калькулёзного холецистита на основании сравнительного анализа результатов различных способов холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Нами проведен сравнительный анализ результатов у 1171 оперированных больных с острым калькулёзным холециститом в экстренном порядке больных на базе кафедры хирургии и урологии АГМИ за период 2016-2019 гг. Все больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 662 (56,5%) оперированных больных с открытым способом. Из них у 543 (82%) больных произведена холецистэктомия с применением

минилапаротомии по методу клиники, а у 119 (18%) больных – традиционная лапаротомия. Вторую группу составили 509 (43,5%) больных, у которых произведено лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты исследования. В настоящее время хирурги на постсоветском пространстве формально придерживаются «активно-выжидательной» тактики, предполагающей деление пациентов по клиническому течению и эффективности консервативного лечения на три группы. Больные первой группы должны быть прооперированы по экстренным показаниям в течение 2-3 часов после соответствующей предоперационной подготовки. Больные второй группы подлежат консервативному лечению. Если в течение 24-72 часов консервативная терапия неэффективна, нарастают явления воспаления и интоксикации, пациенту показано срочное оперативное вмешательство. Больным третьей группы, у которых консервативное лечение эффективно, проводится поздняя отсроченная операция после дополнительного обследования.

В настоящее время совершенствование медицинских технологий, оснащение экстренных отделений современной техникой, обучение хирургов современным методикам позволяет ставить вопрос об изменении тактических подходов. Вопрос о выборе тактики лечения больных с острым холециститом решается уже в первые часы пребывания в стационаре. Особенно опасны деструктивные формы данного заболевания, исход лечения которых напрямую зависит от своевременности определения показаний к оперативному лечению. По нашему мнению, тактикой выбора является «активно-индивидуализированная хирургическая тактика», которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения заболевания. Проводить 1-3 суток консервативную терапию – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании острого процесса минилапаротомия и/или лапароскопическое вмешательство станет невозможным.

По результатам сравнительного анализа среднее время операции в первой группе составило $66,33 \pm 6,1$ минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа в среднем составила $47,52 \pm 4,2$ минуты. У второй группы больных средняя продолжительность операции составило $52,47 \pm 5,2$ минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии, были связаны с инфильтративно-спаечными изменениями в подпеченочном пространстве, с синдромом Мириizzi и внутриспеченочным расположением желчного пузыря по 2 (0,4%) больному соответственно. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 11 (9,2%) наблюдениях в первой группе. Во всех 11 наблюдениях во время операции отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в первой группе развились у 12 (1,8%) наблюдений. Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: несостоятельность культи пузырного протока у 5 больных, кровотечение из ложа желчного пузыря у 3 больных, нагноение послеоперационной раны у 2 и инфильтрация раны у 2 больных. В 5 (0,7%) наблюдениях была выполнена релапаротомия с повторным лигированием культи пузырного протока. Частота осложнений во второй группе больных, у которых операция произведена лапароскопическим методом составила 1,3% (несостоятельность культи пузырного протока у 3 больных, кровотечение из ложа желчного пузыря у 4 больных).

Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем традиционной. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию из традиционного широкого доступа. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций в большинстве случаев было гладким. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из минидоступа, средний койко-день составил $7,3 \pm 0,4$ дня. Во второй группе продолжительность койко-дня составило $5,1 \pm 0,3$ дня. Несомненно иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. Средний койко-день у этих пациентов составил $9,3 \pm 0,7$ дня.

Выводы:

1. Преимущества применяемой нами в настоящее время тактики очевидны: сокращение средней длительности пребывания больных на койке (на 21,5% и 45,1% соответственно), экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту;
2. Применяемая нами тактика при лечении острого калькулезного холецистита, позволила значительно снизить летальность (в последние годы до 1,2%) и количество послеоперационных осложнений;
3. Проведенный сравнительный анализ результатов в зависимости от способа операции показал, что, переход от методики традиционной к малоинвазивным технологиям позволил существенно снизить частоту ранних послеоперационных осложнений, отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток и соответственно положительно влияет на снижение пребывания больных в стационаре.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Острый калькулезный холецистит на всей территории земного шара по распространенности входит в «тройку лидеров» среди хирургических заболеваний органов брюшной полости, конкурируя с острым аппендицитом и острым панкреатитом, и до 55% случаев является причиной всех госпитализаций в отделения неотложной абдоминальной хирургии. В последние годы отмечается увеличение количества осложненных форм острого холецистита холедохолитиазом и механической желтухой, что обусловлено лучшим выявлением данной патологии, благодаря внедрению в клиническую практику современных диагностических методик. Следует отметить, что механическая желтуха, как признак нарушения оттока желчи при холедохолитиазе, ведёт к прогрессированию гепатита, поражению нервной системы и других органов и систем, что отягощает течение заболевания.

Хирургические операции при остром холецистите, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, особенно выполняемые в экстренном порядке на высоте желтухи и на фоне выраженных патоморфологических изменений в подпеченочном пространстве и зоне гепатодуоденальной связки, всё ещё сопровождаются большим числом интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов, достигающих 5-15%. Своевременная ликвидация желтухи и патологии желчных путей позволяют провести эффективную профилактику развития билиарного панкреатита, холангита, холангиогенных абсцессов печени и билиарного сепсиса.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холангитом и механической желтухой путём разработкой и применением индивидуализированной этапной миниинвазивной хирургической тактики.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 118 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холангитом и механической желтухой, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Комплексное обследование больных показало, что патологический процесс локализовался не только в желчном пузыре, но и часто осложнялся вместе холедохолитиазом с катаральным (25%), фибринозным (23,5%) и гнойным холангитом (27,9%), а также билиарным панкреатитом (13,2%), парапузырным инфильтратом и абсцессом (7,4%), местным перитонитом (3,0%).

Основную группу составили 64 (54,2%) больных. Из них 43 (67,2%) женщин и 21 (32,8%) мужчин. Средний возраст больных - $52,8 \pm 3,4$ года. В этой группе использована индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения желтухи и холангита.

У этой группы больных применяли предварительную декомпрессию желчевыводящих путей с эндобилиарным лаважем использованием препарата Декасана, а также на втором этапе хирургического лечения использовали минилапаротомный доступ по методике клиники.

Способ эндобилиарного лаважа: Всем больным основной группы после оперативных вмешательств проводили эндобилиарный лаваж с применением 0,02% антисептика Декасана в комплексе лечения. Эндобилиарный лаваж проводили через установленные наружные дренажи холедоха или назобилиарные дренажи капельным методом по 100 мл 3 раза в сутки. Перед использованием препарата подогревали до температуры тела и добавляли 0,5% раствор новокаина. Соотношение раствора новокаина и Декасана - 1:3. Курс лечения составлял в среднем 5-7 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения, увеличение частоты лаважа проводилось по показаниям, обосновывалось течением болезни, по данным бактериологических исследований желчи, срокам устранения холангита и желтухи.

В контрольной группе (54 больных - 45,8%) использована традиционная хирургическая тактика лечения больных.

Результаты исследования. Анализ результатов проводимой комплексной терапии показал, что у больных основной группы уже на 2-3 сутки после операции уровень общего билирубина достоверно снизился на 55,1% относительно исходных данных. Уровень щелочной фосфатазы нормализовалось в этой группе на 4-5 сутки после оперативных вмешательств. Уровень АсТ/АлТ у больных основной группы к этому сроку достоверно снизился на 34,4%/30,5% соответственно, а уровень креатинина снизился на 35,6%.

В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась на 3 сутки после операции на 32,6% относительно исходных данных. Динамика уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показывает, что использование эндобилиарного лаважа и мини-доступа за счет положительного воздействия на эндогенной интоксикации, значительно повысило эффективность детоксикационной терапии.

Уровень тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA у исследуемых групп больных при поступлении был повышен до $6,2 \pm 0,3$ балла, что соответствовало вероятности летального исхода от 27,5% до 39%. В результате проведенной комплексной терапии уровень тяжести полиорганной недостаточности в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшилась на 23,7% относительно исходных данных. На 7-сутки после операции эта разница составила 72,5%, что в 4,4 раза меньше чем при поступлении, и в 1,9 раза, чем при традиционном лечении.

Общее количество осложнений в контрольной группе составило 16,1% больных, а летальность - 7,4% (4 больных). Применение индивидуализированной этапной хирургической тактики с предварительной декомпрессии использованием эндобилиарного лаважа существенно повысило эффективность лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Летальных исходов в основной группе не было.

Выводы:

1. Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, должна быть дифференцированной и зависит от степени выраженности деструктивных процессов в жёлчном пузыре, тяжести механической желтухи и развившихся системных воспалительных осложнений.

2. Разработанная индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика с использованием метода эндобилиарного лаважа и минилапаротомного доступа при остром калькулезном холецистите, осложненной холангитом и механической желтухой является патогенетически обоснованным, так как она приводит к более раннему купированию клинико-лабораторных проявлений холангита и эндогенной интоксикации, ускоряет купирование полиорганной недостаточности, способствует уменьшению послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания больных в стационаре и снижению летальности.

ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ ТАҲДИДИНИНГ МАИШИЙ-ИЖТИМОИЙ “ЎЗАК” ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ЙЎНАЛИШЛАРИ

Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон

Йиллар ёки асрлар сайин инсониятга таҳдид солувчи касалликлар камайиб ёки йўқолиб боришлари керак. Юқумли касалликлар мисолида бунга деярли эришилди, вақти-вақти билан “оловланиб қайтиб туришларини” (коронавирус – 19 инфекцияси каби) ҳисобга олинмаганда, ёки уларнинг этиотроп терапияси ва специфик профилактикаси кашф этилди. Аммо юқумли бўлмаган сурункали касалликларга, аввало юрак-қон томир хасталиклари бўйича, бу борада “димланиш” гўёки бор ва шунинг учун уларнинг таҳдиди эпидемияси ҳозирда давом этапти. Хусусан, ўткир миокард инфарктини тарқалиши ўртача 500 хар 100 минг эркакка ва 100 та хар 100 минг аёлга таҳдид солиб учрамоқда ёки фақат АҚШдай ривожланган мамлакатда ҳам, тадқиқотларда қайд этилишича, йилига 1,3 млнга етиб ушбу касаллик содир бўлмоқда.

Шуларни ҳисобга олиб **мазкур тадқиқотимизнинг мақсади** – ўткир миокард инфарктининг (ЎМИ) маиший-ижтимоий хатар омилларини аниқлаш ва профилактикаси йўналишларини такомиллаштириш бўйича тавсиялар киритишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: икки йиллик клинко-эпидемиологик кузатувга 1554 та беморлар жалб қилинди. Комплекс чуқурлаштирилган текширув дастури РШТЁИМ АФ шароитида ўтказилди ва 412 та ЎМИ билан мижозлар ажратилди. ЖССТ мезонлари бўйича уларда маиший-ижтимоий хатар омиллари аниқланди ва баҳоланди.

Натижалар ва хулосалар: ЎМИ “таҳдиди”, континуум хавфи ЎМИ “ўта ўткир” босқичида (10-30 дак), “шикастланиш” босқичида (бир неча соатдан то 3 суткасигача) “ўткир, некротик” босқичида (то 2-3 ҳафтагача муддатида), “нимўткир” босқичида (то 3 ойгача) ва “чандикланиш” босқичида (бир неча йиллар давомида) ҳам ўртача, энг камида 2,7 фоиз даражада сақланиб қолади. Демак, “ўткир мўлжалли ва шошилиш” профилактик тадбирларни амалга ошириш ўта муҳим ҳисобланади. Бизнинг олган натижаларимизга кўра, ана шундай профилактик “хушёрлик” ва терапевтик “тезкорлик” фаолиятини амалга оширишда ижтимоий-маиший хатар омилларини ҳам эътиборга олиш керак бўлади. Чунки улар хатар омил сифатида нисбатан кўп учрайдилар. Хусусан, “огир меҳнат” билан машғул популяцияда ЎМИ 30,6 фоиз ва “ақлий меҳнат” билан шуғулланувчиларда 20,4 фоиз кўрсаткичларда ЎМИ учрайди ($p < 0,05$). Яна бир шундай омил “маиший-шароит”лар эканлиги ҳам кузга ташланади. Зеро, ЎМИ “яхши шароит”ли беморларда 12,1 фоиздан ошмасдан ва “ёмон” – “қоникарли шароитларда” бўлса 72,1 фоизгача етиб аниқланади ($p < 0,001$). Ушбу “кўринмас” хатар омиллари ЎМИ даволаш дастурларида мисоли “бир булоқнинг икки кўзини бири” бўлиб аҳамият касб этишади ёки шундай профилактик – даво амалиётига эътибор бериш керак бўлади.

МИОКАРД ИНФАРКТИ АМАЛИЁТИДА “ЮТУҚЛАРДАН МАҒЛУБ БЎЛИШ ФЕНОМЕНИНИ” БАРТАРАФЛАШНИНГ “МИНТАҚАВИЙ – ИНДИВИДУАЛЬ – ПРОФИЛАКТИК” АСОСЛАРИ

Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон

Амалий тиббиёт ҳозирги даврда ўткир миокард инфарктини (ЎМИ) ва унинг асоратларининг янги стратегик профилактикаси асосларини “иклимий-минтақавий-индивидуаль” хусусиятларини ҳисобга олиб ишлаб чиқишига ўткир зарурият сезади. “Мижоз сихати даражаси” тушунчаси “қолипи”га, ЎМИ мисолида жумладан, нафақат касалликнинг клиник кечиши хусусиятлари, шу билан бир қаторда, унинг минтақавий-эпидемиологик ва ижтимоий статуси ҳам “тушиши” ёки “қуйилиши” лозим. ЎМИдан ўлимнинг сабаблари бўлиб 4 та блок хатар омиллари ҳисобланадилар: ижтимоий – иқтисодий хатар омиллари (хиссалари – 28,0 фоиз), экологик хатар омиллари (хиссалари – 27,0фоиз), демографик хатар омиллари (хиссалари – 27,0 фоиз) ва кардиологик тиббий хизмат ҳолати (хиссаси – 18,0 фоиз).

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфарктининг “минтақавий-индивидуаль-профилактик” асосларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: проспектив эпидемиологик мониторинг 412 та ЎМИ билан беморларда бажарилди. Тадқиқот Андижон шошилиш тез тиббий ёрдам илмий марказида сўровномали-аналитик, физик, умумклиник ва биохимик, лаборатор ва инструменталь усуллар қўлланилиб амалга оширилди (ЖССТ, ВНОК мезонлари ва тавсиялари бўйича; 2009).

Натижалар ва хулосалар: ЎМИ амалиётида юқори технологияни жадал ва узвий қўлланила бошланганлиги “инкилобий ютуқларни” олиб кела бошлади ва шу билан, бирга муваффақиятсизликлар ҳам (стент тромбозлари, такрорий МИ, юрак етишмовчилиги ривожланиши, ўлимни пасайишини қутилган даражада эмаслиги, умуман натижани бўлмаслиги ва б.қ.), кам бўлсада, қайд этила бошланди. Бу бизнинг кузатувларимизда ҳам кузатилди ва ушбу “ютуқлардан мағлуб бўлиш феномини” ҳудудий хос хатар омиллари ажратилди. Хусусан, аҳолини маълумотлилиқ даражаси алоҳида диққатни жалб қилди. Тасдиқланди-ки, маълумотлик статуси юқоридаги феноменни, маълум даражада, аниқроғи 11,5 фоизга етиб сабаби бўлиб ҳисобланди. Таҳлиллар тасдиқлаб берди-ки, ЎМИ 31,5 фоиз “маълумоти паст” популяцияда ва 1,6 баробарга кам частота билан (19,6 фоиз) “маълумотлик статуси” юқори аҳоли орасида келиб чиқади ($p < 0,05$). Худди шундай мойиллик турли касбдаги популяцияга ҳам тегишли эканлиги маълум бўлди. Зеро, бизнинг кузатувларимиз бўйича ЎМИ киёсан кўп тадбиркорларда (36,4 фоиз), 14,3 фоиз ва 16,4 фоиз даражалар билан ишсизлар ($p < 0,01$) ва ишчилар популяциясида ($p < 0,01$) тасдиқланади.

Ўйлаймиз-ки, бу йўналишларда кенгрок жўғрофий кўламликда илмий кузатувлар давом этдирилса мақсадга мувофиқ бўлади. ЎМИ минтақавий индивидуаль профилактик дастурларини такомиллаштиришда “мўлжалли” объект сифатида улардан фойдаланилса маъқул бўлади.

МИОКАРД ИНФАРКТИНИ Q – ЛИ ВА Q – СИЗ ТУРЛАРИ: ИЛГАРИ ХИСОБЛАНГАН ДАРАЖАДА КАМОБ ЭМАС ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ХУДУДИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА АМАЛИЁТЧИ КАРДИОЛОГ НИМАЛАРНИ БИЛИШИ КЕРАК?

Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон

Хозирги даврда мамлакатимизда юрак-кон томир касалликларидан касалланиш ва ўлим ҳолатини юқори суръатида қайд этилиши кузатилмоқда-ки, улар бўйича ушбу хасталиклар эпидемияси ҳақида гапириш мумкин. Мамлакат миқёсида ушбу касалликлар, хусусан, миокард инфаркти (МИ) га оид фаол сиёсат олиб борилмоқда. Бу каби, айниқса, илмий-амалий дастурларни самарали амалга ошириш учун эпидемиологик вазият бўйича объектив ҳудудий маълумотларга эга бўлиш муҳим саналади. Эпидемиологик маълумотлар МИ ижтимоий ва иқтисодий юқини популяцияда баҳолаш ҳам профилактика қилиш имкониятини туғдиради.

Тадқиқотнинг мақсади – Q – ли ва Q – сиз миокард инфарктини ҳудудий хусусиятларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: эпидемиологик-клиник уч йиллик тадқиқот водий шароитида умум қабул қилинган, унифицирланган ва стандартизацияланган текширув усулларида фойдаланиб бажарилди (ЖССТ, 2009; ВНОК, 2009). 412 та МИ билан беморлар жалб қилинди, ≥ 20 -80 ёшли эркеклар – 248 та ва аёллар – 164 та.

Натижалар ва хулосалар: МИни келиб чиқиши, авжланиши ва авжланиб кечиши ҳамда асоратланишлари меҳнат тури, ижтимоий-иқтисодий ҳолати, этник-гендерлик хусусиятлар, маълумотлилик статуси, касб ва ҳаёт омиллар таъсиротларига боғлиқ бўлиб Q – тишчали (МИ – Qли) ёки Q – тишчасиз (МИ – Q сиз) аксарият тасдиқланади. Буларни ҳисобга олиш шоянча тез тиббий ёрдам шароитида тезкор даво амалиётини унумлаштиришда бекиёс қиммат касб этади.

Олинган натижаларимиз тасдиқлади-ки, МИ- Q – ли клиник кечиш 70,6 фоиз частота билан кузатилади ва у 72,9 фоиз даражада эркеклар популяциясида, 5,8 фоиз фарқ билан тафовутланиб ≥ 20 -80 ёшли аёлларда (67,1 фоиз) тасдиқланади ($p > 0,05$).

Ҳудудий аниқланган хусусиятлардан яна бири, МИ – Q сиз клиник кечиш 2,6 баробарга етиб кам частота билан (29,5 фоиз), МИ-Q – ли ифодаланишга қиёсан, ташхисланади. Лекин бундай кечиш аёлларга (32,9 фоиз) кўпроқ, эркекларга нисбатан, ҳос эканлиги маълум бўлади (27,0 фоиз); $p > 0,05$. Хар иккала ҳолатда ҳам клиник ифодаланиш ёки кўриниш бериш ёшга боғлиқ ҳолда фарқланади.

Чунончи, МИ – Q ли клиник вариантда кечиш ва МИ – Q сиз кечиш турли ёш гуруҳларида қуйидагича частоталарда, мувофиқ бўлиб, кузатилади: 30 ёшгача бўлганларда қайд этилмади (0,0 фоиз), 30-39 да – 100,0 ва 0,0 фоиз ($p < 0,01$), 40-49 да – 73,9 ва 26,0 фоиздан ($p < 0,01$), 60-69 да – 72,9 ва 27,0 фоиздан ($p < 0,01$), 70-79 да – 68,9 ва 31,1 фоиздан ($p < 0,01$) ва 80 ёшдан ошганларда – 64,3 ва 35,7 фоиздан ($p < 0,05$).

Шубҳасиз, мазкур кечиш ва кўриниш тенденциялари билан “ҳисобланиш” нафақат ташхисий ва терапевтик, бундан ташқари, улардан кўпроқ профилактик аҳамият касб этади деб тавсия этамиз.

ОШҚОЗОН – ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ВОДИЙ ШАРОИТИДА БИОИҚЛИМИЙ ЖИҲАТЛАРИ ВА МЕТЕОПРОФИЛАКТИКАСИ “СИРЛАРИ”

Усмонова Ф.Т., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси шароитида ошқозон-ичак касалликларининг (ОИК) биоиклимий жиҳатларини аниқлаш ва метеопрофилактикасининг “айрим” сирларини топиш орқали ҳудудий тавсиялар киритиш.

Материал ва усуллар: водий иқлимий шароитида 308 та ОИК билан беморда уч йиллик клиникометеорологик мониторинг ўтказилди. Умумқабул қилинган Г.М.Данишевский усулидан фойдаланилди.

Натижалар ва хулосалар: метеопатик тебранишларда ҳаво нисбий намлигининг (ХНН) ўзгаришларини устуворлигида ОИКни қайталаниши ва авжланишларини 5,0 фоизга оширади. ($p < 0,001$).

ХНН тебранишлари $\leq 46,0$ фоиз бўлганда – 12,5 фоиз, 47-55,0 фоизда – 12,1 фоиз, 56-66,0 фоизлигида – 13,1 фоиз, 65-73,0 фоиз бўлганда – 17,5 фоиз, 47-82,0 фоизда – 16,3%, 83-91,0 фоизлигида – 14,9 фоиз ва 92-100,0 фоизгача етиб ошганда – 13,5 фоиз ОИК қайталаниб қайд қилинади ($\chi^2 = 0,98$). Худди шундай салбий кучли таъсирот ўтказилиш атмосфера босими (АтБ) ўзгаришларида ҳам аниқланади. Унча катта бўлмаган АтБ тебранишлари ҳам (≤ 945 мбдан паст ифодаланганда) ОИКни 0,3 фоизга оширади, кучли ўзгариб ва ошиб туришларида эса (≥ 956 мбдан ошиб) бундай кўпайиш 47,0 фоизгача етиб тасдиқланади ($\chi^2 = +0,89$; $p < 0,001$).

Ва яна, таҳлилларда аниқланади-ки, ОИК қайталаниши ва зўрайиб бориши билан ҳаво ҳароратини ўзгариб туриши орасида ҳам бевосита алоқадорлик мавжуд экан. Хуллас, ушбу хасталиклар ҳавони қизиқ бориши натижаси бўлиб 1,3 фоиздан (ҳароратни $-8,7^\circ\text{C}$ бўлганда) то 20,8 фоизгача (ҳаво қизиқ то $+28,7^\circ\text{C}$ даражага етиб ва ундан ортқ бўлганда) кўпайиб боради ($\chi^2 = +0,98$; $p < 0,001$).

Худди шундай “сирлар” қуёш ёғдуси таъсири билан ҳам очилади. Чунончи, қуёш ёғдуси таъсири узайиб бориши оқибати бўлиб (2,6 соатдан то 10,4 соатгача узайишида) ОИКни авжланиб бориши 4,2 фоиздан 14,4 фоизгача кучаяди, яъни энг камида 10,0 фоизга ёки 3,4 мартага етиб “зуғуми” ни оширади ($p < 0,001$).

Демак, ушбу касалликларни даволаш ва олдини олишда, авваламбор, иқлимий омилларни олдиндан прогнозлаб туриш орқали метеопрофилактика системаси кучайтирилиши керак бўлади. Биз, ушбу ретромаълумотларимизни кузатиб боришда давом этаётганлигимизни ҳам маълум қиламиз ва улар ҳақида йилма – йил хулоса чиқариб борамиз.

ЎСМИР ВА БАЛОҒАТ ЁШИНИ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИАНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИГА ТАЪСИРИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ТАҲЛИЛИ

Усмонова Ф.Т., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон

Юрак – қон томир касалликлари тадқиқотларида кенг ўрганилган ва “ўзак илмий муаммо” тамғасини уларга босилганлиги бизни йилда ўртача 45102 та етиб бажарилаётган тиббий текширувлардан аён.

Бизни эътиборимизни тортдики, илмий мониторингларимиздан асосли келиб чиққан ҳолда, артериал гипотонияга бағишланган изланишлар жуда оз сонни солиштирганда ташкил этади. Чунончи, унинг эпидемиологик-клиник қирраларини ўсмирларда ўрганишга бағишланган ишлар кам, Ўзбекистонда, айниқса Фарғона водийси иқлимий шароитида умуман бажарилмаган.

Шу сабабли **тадқиқотимизнинг мақсади** – ўсмир ва балоғат ёшини артериал гипотониянинг кечишига таъсирини ушбу ўзига хос иқлимий муҳитига эга бўлган минтақада ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: – текширув хажми – 1465 та ўсмир ва ўспиринлар (15-17 ва 18-22 ёшда бўлганлар) жалб қилинган, моҳияти бўйича эпидемиологик тадқиқот ва унда қатъиян Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тавсия этган усуллари қўлланилган ва талабларига амал қилинган.

Натижалар ва хулосалар: артериал гипотония 7 ёш интервалида клиник кечишини кескин ўзгариши тенденциясига мойиллиги борлиги билан аниқланади. Тахлиллардан келиб чиқиб бундай тафовутланишни қуйидагича кўриниш хусусиятлари тасдиқланди: 15 – 17 ва 18-22 ёшда бўлганларда артериал гипотониянинг энг кўп учрайдиган клиник кўринишлари 1,2 мартага етиб тафовут билан (78,6 фоиз ва 64,2 фоиз бўлиб мувофиқ ҳолда; $p < 0,05$), постурал хуш йўқотишлар 2,6 баробар фарқ билан (3,4 фоиз ва 1,3 фоиздан; $p < 0,01$), вазодепрессор таъсиротлар сабабли келиб чиқадиган хуш йўқотишлар салкам икки мартага етиб тафовутланишлар билан (3,3 фоиз ва 6,0 фоиздан; $p < 0,05$), синокаротидли хуш йўқотишлар 1,8 баробар фарқ билан (1,6 фоиз ва 2,2 фоиздан; $p < 0,05$), гиповолемик хуш йўқотиш эпизодлари 2,1 мартага фарқланиб ($p < 0,05$), кардиоаритмик хуш йўқотиш 1,5 баробаргача етиб ортиш билан (3,4 фоиз ва 2,2 фоиздан; $p < 0,05$) ва гипервентиляция хусусиятли хуш йўқотишлар – 1,6 фоиз ва 1,3 фоизгача етиб аниқланиш билан ($p > 0,05$) қайд этиладилар.

Яна бир, ёшни артериал гипотонияга таъсиротини кўрсатувчи, бизнинг хулосаларимиз бўйича, илмий далил – касалликнинг специфик аломатлари энг кўп (91,8 фоизга етади) 15-17 ёшда учраган бўлса, 18-22 ёшда бундай талкинлашиш суръатини 88,7 фоиздан ошмаслиги, яъни 3,1 фоиз камайиб аниқланиши кузатилди. Таъкидлаб ўтиш жоиз бўладики, субклиник тарзда артериал гипотонияни кўриниши кўпроқ (11,3 фоиз) 18-22 ёшлиларда ва статистик ишончли фарқ билан кам бўлиб (8,2 фоиз) 15-17 ёшлиларда қайд этилди ($p < 0,05$).

КЛИМАТОПРОФИЛАКТИКАНИНГ ШИФОКОРЛИК ИМКОНИАТЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ (ФАРҒОНА ВОДИЙСИ МИСОЛИДА)

Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х.
АнДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон

Тиббиёт амалиётига метеопатоген назария асосланган фаолият кириб кера бошлади. Бу ўз-ўзидан беморларга климатопротифактика учун “тиббий унғай” ва “тиббий ноўнғай” ҳудудларни аниқлаб беришни барча ихтисосликларда, жумладан, офтальмологияда ҳам, шубҳасиз, долзарблаштиради “Атроф мухит инсон (беморлик) - саломатлик” ўртасида боғлиқлик мавжуд ва улар орасидаги мувозанатни издан чиқиб бузилиши қатор сабабларга кўра содир бўлади атроф мухитни “даволовчи шифокорлик” хусусияти йўқолади.

Тадқиқотнинг мақсади – кўз касалликларини (кератитлар мисолида) Фарғона водийси шароитида клиник кечиши хусусиятларини метеопатогенлар ўзгаришларига алоқадорликларини ўрганишдан ва ҳудудда климатопротифактиканинг шифокорлик имкониятлари бўйича тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: эпидемиологик, клиник, инструментал, биоиклимий, кликометеорологик ва офтальмологик текширув усуллари қўлланилиб уч йиллик проспектив эпидемиолог – метеорологик тадқиқот 464 та беморларда амалга оширилди.

Натижалар ва хулосалар: кератитлар билан беморлар мисолида аниқландики, офтальмопатология метеопатогенлар ҳолатига узвий боғлиқликда турли кўринишларда тавсифланади ёки ландшафттерапия – климатопротифактикага эҳтиёж туғдиради. Асосий метеозлементларни нобарқарорланиши ва “зуғум ўтказишлари” сабаб бўлиб 31,8 фоизга ёки 4,5 баробарга етиб (атмосфера босими ўзгаришларида; $p < 0,001$), 17,0 фоизга ёки яқин 7 мартагача (куёш ёғдуси тебранишларида боғлиқ бўлиб; $p < 0,001$), 33,3 фоизга ёки 3,3 баробарга ортиб ($p < 0,001$) ва 50,0 фоизга кўпайиб (термик омил ўзгаришларида, $p < 0,001$) кератитлар ва демак, ёки касалликларни келиб чиқиш хавфлари кузатиладилар. Фаол климометеопрофилактик (медикаментозли ёки номедикаментозли) тадбирлар ва узоқ йиллик эпидемиологик мониторингни ўтказилиши эса, масалан, кератитларнинг турли шакллари – 2,4 баробардан то 3,9 баробарга етказиб камайишига олиб келади.

ПРЕВЕНТИВ ОФТАЛЬМОЛОГИК ФАОЛИЯТНИНГ ВОДИЙ ШАРОИТИДА ИСТИҚБОЛЛИ ЙЎНАЛИШЛАРИ ВА ИЛМИЙ АСОСЛАРИ

Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х.
АндДавТИ ва РШТЭИМ АФ, Андижон

Охирги йилларда амалга оширилаётган тадқиқотларда асосий кўз касалликларининг профилактикасига оид дастурларни илк лойиҳалари, уларни ишлаб чиқиш босқичлари, амалга ошириш йўллари ва баҳолаш мезонлари тобора ошириш йўллари ва баҳолаш мезонлари тобора кўпроқ кўзга ташланмоқда. Бундай тизимли превентив фаолиятни кучайтиришнинг мақбуллиги, самарадорлиги ва зарурият эканлиги профилактик тиббиётга оид салоҳиятли тадқиқотларда исботланган.

Тадқиқотнинг мақсади – превентив офтальмологик фаолиятни Фарғона водийси шароитида истиқболли йўналишларини аниқлаш ва тавсия этишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: водий шароитида проспектив эпидемиологик мониторинг 464 та беморда амалга оширилди ва кератит мисолида ретрохлазил йўли билан фаол бирламчи профилактика тадбирларини имконият даражалари баҳоланди.

Натижалар ва хулосалар: маълум бўлди-ки, Фарғона водийси шароитида метеоклимий вазият охирги йилларда анча патоген тус олган ва бу жараёни келгуси яқин йилларда мураккаблашиб/шиддатлашиб ёмонлашиб боришуви мумкинлигини башорат қилишга илмий асослар аниқланган. Бизнинг махсус таҳлилларимиз, мониторинг давомида кузатилган эпидемиологик шароитдан келиб чиқиб, ушбу тенденция кўз касалликларини эпидемиясига сабаб бўладиган хатарли омил сифатида устувор ўринга эга бўлиши мумкинлигини ҳам кўрсатади.

Демак, ҳозирги даврда нафақат водий шароитида, балки унга ўхшаш кескин ўзгарувчан иқлимий муҳитга эга бўлган бошқа минтақаларда ҳам офтальмопатологиянинг ўткир ва сурункали кўринишларини шаклланиши ва клиник ифодаланиши хусусиятларини аниқлаш ҳамда унинг эпидемиологик – метеопрогноزلашга асосланган профилактикасининг янги технологияларини яратиш илмий асосланган ва истиқболли фаолият бўлиб ҳисобланади. Чунончи, профилактикофтальмология тизимини яратишда қуйидагиларни, бизнинг хулосаларимизга кўра, етакчи вазифалар сифатида қўйилса мақсадга мувофиқ бўлади: 1) яллиғланиш ва нояллиғланиш, асоратланган ва асоратланмаган, коморбид фонли бирламчи ва иккиламчи табиатли асосий кўз касалликларининг чин эпидемиологик кўрсаткичларини аниқлаб ва баҳолаб бориш; 2) офтальмологик амалиётга таъсир этувчи иқлимий – метеогелиогеофизик омиллар бўйича банк – маълумотлар тўпламини яратиш ва улар таъсиротида барча кўз касалликлари ҳамда улардан келиб чиқадиган “охирги нуқталар”ни шаклланиши механизмларини аниқлаш ва баҳолаб бориш; 3) ҳар бир кўз касаллигининг клиник кечиши ва асоратланишини эпидемик ҳудудий хусусиятларини метеогелиогеофизик омилларга боғлиқ ҳолда ўрганиш фаолияти билан узвий шугулланиш, улар асосида профилактик офтальмология салоҳиятини устуворликка олиб чиқиш ва ўзгариб бораётган муҳитга мувофиқ хронометеопрофилактика ҳамда хронометеогелиофармакотерапия, фармакоэпидемиология ва фармако-экономика, фармакозорат тизимини ишлаб чиқиш.

КОМОРБИД ФОННИ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА БАРВАҚТ АНИҚЛАШ ВА БАРТАРАФЛАШ ТАЖРИБАСИ

Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х.
АндДавТИ ва РШТЭИМ АФ, Андижон

Узоқ йиллар давомида кўз касалликларини даволаш то микрожарроҳия ва кўз трансплантациясигача етиб такомиллаштирилди. Лекин шунга қарамадан, тадқиқотчилар олаётган янги илмий далиллар бўйича, офтальмомуаммоларда қиёсан сезиларли ютуқларга эришилмаган. Буларнинг кўринишлари: ҳасталаниш кўрсаткичларини ўсиш тенденциясини сақланиб қолаётганлиги, кўрувни камайиши ва кўрликни асорат бўлиб тобора кўпайиб бораётганлиги, ҳасталикларга ҳужайравий ва гумораль қаршилиқ кўрсатиш механизмларини чуқур бузилишларини коморбид фон ҳосил қилиб қўшилишиб учрашларини ортганлиги ва офтальмологик континуумни келажақда ошиш хавфи башорат қилинаётганлиги қабиладир.

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси шароитида барвақт аниқлаш ва бартарафлар йўллари такомиллаштиришдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: кератитлар мисолида амалга оширилган барвақт (464 та беморда) ва 10 йиллик проспектив клинко-метеорологик (117 та беморда) тадқиқотларда сўровномали, клиник, офтальмологик ва инструменталь усуллардан фойдаланилди.

Натижалар ва хулосалар: эпидемиологик узоқ йиллик текширув ва кузатувлар офтальмологик континуумга бориш йўллари барвақт аниқлаш ҳамда “тўсиш” йўллари кўрсатиб ва башоратлаб туриш борасида катта имкониятларга эгалар. Улардан кенг фойдаланиш профилактик ва диспансерлаш ишларини кескин кучайтиради. Скринингли текширув ва профилактиканинг қуйидаги элементларини, бизнинг натижаларимиз бўйича, клиник амалиётга етакчилик сафига қўшилса мақсадга мувофиқ ва натижавийлик бўлади: турмуш тарзини ротация қилиш, касалликлар, рецидивга сабаб бўлувчи коморбид фонни (кўз касаллигига бир вақтда қўшилиб келувчи 2 тадан зиёд сурункали юқумли бўлмаган касалликларни бўлиши) ва унинг хатар омилларини барвақт аниқлаб ва назорат қилиб туриш, диспансерлик назоратини кучайтириш ва профилактик скринингларни мунтазам ўтказиш.

Кузатувларимизда тасдиқландики, скрининг коморбид (қардош) касалликларни эрта аниқлаш учун энг ўнғай ва спецификли юқори бўлган илмий-амалий фаолият ҳисобланади. Коморбид касалликлар кўз касалликлари фонид алоҳида эпидемиологик тавсифларга эга бўлиб ифодаланишади. Офтальмосоматик касалликлар “эгизакланиб” номақбул метеоклимий омиллар таъсиротлари ила бирдай кўпайишади ва ҳамда асоратланишадилар. Шунинг учун, интеграл барвақт прогноزلаш амалиётларини ва алоҳида водий аҳолиси учун мос профилактик дастурларни амалиётга яратиб ва тавсия этиб бориш замонавий офтальмологик хизматларнинг сифати ҳамда самараси даражасини коморбид фонга протектив таъсир кўрсатиш орқали кескин оширади.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Фаттахов Р.А., Таишулатова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Табакокурение оказывает существенное влияние на развитие и течение туберкулеза. Хотя не существует прямых доказательств того, что курение табака вызывает развитие туберкулеза, выявлено существенное улучшение текущего состояния, течения заболевания и выздоровления при отказе больных туберкулезом от табака. Однако до настоящего времени данному вопросу уделяется недостаточное внимание, и требуются более широкое внедрение методологии оказания помощи в отказе от табака в программы лечения туберкулеза, а также обучение врачей-фтизиатров соответствующим методам работы. Врачи-фтизиатры должны активно выявлять курящих пациентов, уметь мотивировать их к отказу от табака, оказывать помощь и поддержку в нужном для данного пациента объеме. Для этого врачи должны хорошо знать механизмы взаимосвязи табакокурения и туберкулеза, последствия потребления табака для больных туберкулезом, методы лечения табачной зависимости.

Цель. Изучить особенности клинического течения туберкулеза легких (ТБ) на фоне табакокурения.

Материал и методы. Обследовано 100 больных туберкулезом легких (ТБ) находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях центра фтизиатрии и пульмонологии период 2017-2019гг. Больные были распределены на две группы: I группа 70 больных ТБ, курящие, II группа 30 больных ТБ, не курящие. Всем больным проводили комплекс клиничко- лабораторных, инструментальных методов исследования. Для определения никотиновой зависимости у больных пользовались тестом Фагерстрема. Для определения индекса Тиффно был проведена пикфлоуметрия.

Результаты. Среди больных ТБ в обеих группах достоверно часто встречались лица мужского пола (71,4%, $P \leq 0,05$). Наибольшее количество больных туберкулезом в обеих группах приходится на возраст варьирующий от 31 -40 лет- I гр 34,28±5,7% и II гр 44±7,0% соответственно. Среди больных курящих достоверно чаще больные с встречались фиброзно-кавернозным и кавернозным туберкулезом (40±5,8% и 25,7±5,2% соответственно, $P \leq 0,05$). У больных первой группы установлено, что в 40± 5,8% случаев имело место тотальное поражение легкого ($P \leq 0,05$). Выраженная интоксикация установлена, что у больных I группы 50± 6,0% в тоже время во 2 группе только 30±6,5%. Анализ микробиологических исследований показывает, что среди больных I группы выделения МБТ встречается чаще (42,85%± 5,9%), чем у больных 2 группы (28%±6,4%). По формуле было вычислено, что показатели у больных, относящихся к I группе, у курящих больных равно в пределах от 240-390, При проведении опросника по тесту Фагерстрема установлено, что у больных, относящихся к I группе, данный показатель оказался от 6 до 10 баллов. У больных I группы индекс Тиффно оказался 40-45%. У больных относящихся ко 2 группе индекс Тиффно оказался более 50%. В динамике было отмечено, что регрессия клинических симптомов ТБ на фоне ТБ было на 1-1,5 месяц позднее, чем у больных не курящих. Необходимо отметить, что лекарственная устойчивость к химиопрепаратам отмечено достоверно чаще у больных на фоне табакокурения (31,42% ±5,5% и 4%±1,3%).

Заключение. Таким образом табакокурения отрицательно влияет на течение туберкулеза легких, симптомы интоксикации более выражены, респираторные симптомы сохраняются дольше, тотальное поражения легких встечается чаще.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПАТОЛОГИЯМ В ЭКСТРЕННО ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Рахманов Б.Б., Мадвалиев Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Экстренная хирургическая патология органов живота является одной из главных проблем хирургии. С трудностями в диагностике сталкиваются как совсем молодые хирурги. так и умудренные опытом профессора, доценты и заведующие отделениями. Чаше такая проблема встречается у женщин, так как острые гинекологические патологии принимаются за хирургическое заболевание и наоборот. С широким внедрением и применением видеолaparоскопии появилась возможность ускорить диагностику ургентной патологии органов брюшной полости и малого таза. Однако до конца не решен вопрос о тактике хирурга при обнаружении гинекологической патологии при лапароскопии.

Цель исследования: Определить тактику хирурга при гинекологической патологии в экстренных случаях с применением лапароскопии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ хирургического лечения 128 женщин в возрасте от 18 до 59 лет, которым проведена операции лапароскопическим способом на базе кафедры «Хирургии и урологии» в 3-хирургическом отделении клиники АГМИ за период 2016-2019 годов. В возрасте до 20 лет оперированы 26 пациентки (20%); 20-29 лет- 60 (47%); 30-39 лет-28 (22%); 40-59 лет-14 (11%). В первые 6 часов после начало заболевания поступили 63 пациентов (49%); от 6 до 12 часов -34 (26%); от 12 до 24 часов -18 (14%). Позже 24 часов -13(7%).

На до госпитальном этапе в 57 случаях (67,9%) на УЗИ обследованиях определена жидкость малом тазу в разных количествах, и признаками острого аппендицита был поставлен диагноз острый аппендицит. А в 26 (28%) случаях по показателям гемодинамики, лабораторных исследование и экспресс тестом на беременность поставлен диагноз внематочная беременность. Перекрут кисты по данным УЗИ, и клиническим признакам в 30-х случаях (23,4%). В 15 (11,7%) случаях на УЗИ в малом тазу жидкость, повышение лейкоцитоза, с раздражением брюшины поставлен диагноз пельвиоперитонит. В 120 случаях (93,7%) были жалобы на боль в животе; в 45 (35,1%) на общую слабость; в 38 (29,6%) – на тошноту, у 18 пациенток (14,1%) была гипертермия. При объективном обследовании в 70 случаях (54,5%) наблюдался лейкоцитоз; в 35(27,3%) – снижение гемоглобина; в 41 случаях (32%) при УЗИ живота в брюшной полости обнаружена свободная жидкость.

Результаты исследования. В результате обследования в стационаре для проведения лапароскопии были определены следующие показания: свободная жидкость малом тазу + острый аппендицит и киста яичника, свободная жидкость малом тазу + гемодинамические изменения + положительный результат экспресс теста на беременность, свободная жидкость малом тазу + раздражение брюшины.

В первые 3 часа после поступления оперированы 26 пациентки (28%); в сроки 6 часов - 57 (67,9%); 7-12 ч - 30 (23,4%); 12-24 ч - 11 (8,5%); свыше 24 ч - 4 (3,1%).

Выполнены следующие лапароскопические операции: удаления оболочки кисты с коагуляцией паренхимы 28 (21,8); гемостаз при апоплексии - 13 (10,1%); удаление маточной трубы при перекруте и разрыве кисты и трубной беременности - 22 (17,1%); а также при трубной беременности с сохранением трубы - туботомия, удаление хориональной ткани у 15 (11,7%) пациенток, тубоовариальном абсцессе вскрытие абсцесса и санация - 15 (11,7%); удаление придатков при нагноившейся кисты яичника 3 (2,3%), санация и дренирование малого таза с аппендэктомией при вторично измененном отростке 32 (25%) случаях.

Продолжительность операции - до 30 минут в 35 (27,3%) случаях, 30-60 мин. - в 55 (42,9%); 60-90 мин. - в 30 (23,6%); 90-120 мин. - в 8 (6,2%). Случаев конверсии не было. Количество портов для проведения операции три - в 120 случаях (93,7%); два - в 8 (6,3%) случае.

В составе хирургической бригады о всех случаях был хирург - лапароскопист-эндогинеколог высшей либо первой категории. При необходимости в операционную приглашались сотрудники кафедры. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Средние сроки пребывания в стационаре составили 4 дня.

Выводы:

1. Видеолaparоскопия является наиболее эффективным методом проведения гинекологических операций в ургентной хирургии.
2. Видеолaparоскопия позволяет произвести хирургическую и гинекологическую операцию симультанно без трудностей.
3. При этом условии выполнения операции является участие в ней опытного хирурга лапароскописта.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В настоящее время не вызывает сомнения преимущество выполнения малоинвазивных вмешательств в абдоминальной хирургии, как в плановой, так и в неотложной. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической тактики, медицинских технологий, сохраняется высокий процент послеоперационных осложнений как интраабдоминальных, так и раневых, что заставляет выполнять повторные вынужденные оперативные вмешательства для их устранения. Однако до сих пор нет единого мнения среди хирургов о способе выполнения повторных операций после хирургических вмешательств, если возникает такая необходимость. Использование эндовидеохирургических вмешательств даёт ряд известных преимуществ перед традиционными оперативными. Эти преимущества дают возможность успешно применять лапароскопические вмешательства в послеоперационном периоде, а также, при необходимости, выполнять динамический контроль состояния внутрибрюшной картины с выполнением лечебных манипуляций.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения хирургических больных путём обоснования применения лапароскопии в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Высокая летальность после релапаротомий, выявленная при ретроспективном анализе историй болезни оперированных повторно достигающих до 25%, а также случаи «напрасных» релапаротомий, усугубляющих тяжесть состояния больного, выполняемых в 5% случаев, заставили нас искать более совершенные методы диагностики и лечения. Незаменимым диагностическим средством в таких случаях является лапароскопия.

Нами в 2016-2019 гг. лапароскопия после различных вмешательств на органах брюшной полости выполнена 26 пациентам. Возраст больных колебался от 19 до 92, мужчин было 18 (69,2%), женщин - 8 (30,8%). В возрасте до 20 лет были 3 пациента (11,5%); 20-40 лет - 5 (19,0%); 41-60 лет - 7 (26,9%); 61- 74 года 4 (15,2%); 75-90 - 6 (23,0%); старше 90 - 1 (4,2%).

Из инструментальных методов хотим акцентировать внимание на важную роль динамического ультразвукового исследования в диагностике и оценке результата лечения, позволяющего обнаружить свободную жидкость и жидкостные образования в брюшной полости, оценить перистальтику кишечника и выявить признаки кишечной непроходимости. С целью повышения безопасности оперативного доступа перед повторной операцией применяли ультразвуковое исследование брюшной полости для выявления участков передней брюшной стенки, свободных от спаек, которое проводили датчиками с частотой 3,5-8 МГц, полипозиционно.

Лапароскопии предшествовали следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия - 7 (26,9%); санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости при панкреатите - 5 (19,2%); холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому - 3 (11,5%); диагностическая лапароскопия - 3 (11,5%); аппендэктомия - 2 (7,8%); резекция кишечника - 2 (7,8%); рассечение спаек - 2 (7,8%); резекция кисты яичника - 1 (3,7%); ушивание прободной язвы - 1 (3,7%). Во время ревизии в брюшной полости оценивали: наличие, количество, локализацию и характер выпота, наличие и количество фибрина, состояние брюшины, состояние кишечной стенки (цвет, перистальтика), наличие и количество крови, наличие, локализацию и распространённость спаек, наличие бляшек стеатонекроза и отека области поджелудочной железы, детально осматривалась зона анастомоза. Далее выполняли лапароскопическую санацию брюшной полости, выявление и устранение причины развившихся осложнений. При выявлении в брюшной полости жидкости различного характера (экссудат, желчь, кровь) изменяли положение стола и больного только после её удаления. При выявлении отграниченных жидкостных скоплений положение операционного стола изменяли так, чтобы жидкостные скопления

находились в максимально низкой точке и горизонтально, после чего выполняли лечебные манипуляции. При невозможности ликвидации причин осложнений лапароскопически переходили на лапаротомию или релапаротомию.

Лапароскопическое вмешательство завершали дренированием брюшной полости, за исключением случаев, когда осложнение было исключено. В послеоперационном периоде проводили соответствующую медикаментозную терапию и раннюю активизацию больных. При отсутствии отделяемого дренажи удаляли в первые сутки. Стационарное лечение продолжали до нормализации состояния пациента и лабораторных показателей.

Результаты исследования. Основными показаниями к лапароскопии в раннем послеоперационном периоде было усиление болей в животе после операции, появление (сохранение) симптомов перитонита, повышение температуры тела, появление (сохранение) свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ, патологическое отделяемое по дренажам (гной, желчь, кровь), отсутствие желчи в дренаже, установленном в холедох и наличием свободной жидкости в подпеченочном пространстве.

В первые сутки после операции выполнено 5 лапароскопий (19,2%); во вторые - 4 (15,3%); в третьи - 3 (11,5%); в четвертые - 4 (15,3%). Позднее шестых суток выполнено 10 повторных операций (38,5%), наиболее поздняя - на 20-е сутки по поводу внутрибрюшного абсцесса. Для проведения лапароскопий в 80% случаев использовались 4 порта. Продолжительность операции варьировала от 20 мин. после аппендэктомии, до 60 мин. после резекции кишки.

Лапароскопия заключалась в диагностике состояния брюшной полости после первой операции, установлении источника патологии (выпавший дренаж, несостоятельность швов анастомоза, культя, червеобразного отростка, очагов деструкции поджелудочной железы); разъединении спаек. Причем, в большинстве случаев это были «рыхлые» сращения петель кишечника. Затем устраняли выявленную патологию, производили санацию брюшной полости. Лапароскопическое вмешательство позволило диагностировать послеоперационное внутрибрюшное осложнение у 18 больных, у 24 больных (92,3%) удалось избежать релапаротомии. В 3 (11,5%) случаях осложнение было исключено. Средняя продолжительность лапароскопии у больных с послеоперационным перитонитом составила $29 \pm 4,5$ минут ($p > 0,05$). Средняя продолжительность стационарного лечения больных составила $18,6 \pm 2,5$ суток ($p > 0,05$). Двум пациентам (7,8%) лапароскопическую санацию брюшной полости производили дважды. Одному пациенту после лапароскопии при некротизирующем панкреатите произвели лапаротомию. Летальный исход был в 1 случае от полиорганной недостаточности у больного, страдающего алкоголизмом, на фоне лёгкой степени кровопотери. Причины летального исхода: полиорганная недостаточность - 2, а также сепсис и сердечная недостаточность.

Выводы. Таким образом, своевременная оценка совокупности клинических признаков развития послеоперационного внутрибрюшного осложнения, своевременное динамическое применение неинвазивных методов диагностики позволяет дифференцированно и эффективно применять лапароскопию для устранения осложнений в брюшной полости. Лапароскопия является достаточно эффективным способом лечения абдоминальной хирургической патологии вне зависимости от возраста пациента и может применяться в разные сроки после предыдущей операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Хакимов А.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В настоящее время туберкулёз остаётся одной из наиболее значимых проблем здравоохранения. Диссеминированные формы туберкулёза все еще является серьезной проблемой для всего мира, который встречается в пределах от 16% до 34% случаев из всех форм туберкулеза. В связи с этим изучение частоты возникновения, клинических проявлений и лечения диссеминированного туберкулёза лёгких являются актуальной задачей фтизиатрии.

Цель исследования. Изучить результаты клинко-лабораторных исследований у больных с различными клинко-рентгенологическими проявлениями диссеминированного туберкулёза лёгких.

Материалы и методы. Были обследованы 30 больных с различными клинко-рентгенологическими проявлениями диссеминированного туберкулёза лёгких. Проведен анализ клинического течения процесса, лабораторных исследований, а также выявление побочных эффектов лекарственных средств, коррекция нарушений гомеостаза. Лабораторные анализы включали: общий анализ крови, мочи, микроскопическое исследование на микобактерию туберкулеза (методом Циль-Нильсена). Биохимические анализы крови, коагулограмма, бактериологическое исследование.

Результаты. 7 (24%) пациентов составили женщины, 23 (76%) - мужчины. Чаще всего диссеминированном туберкулёзом болеют больные в возрасте 40-55 лет. У 16 (53%) больных наблюдался дефицит массы тела. Дыхательная недостаточность различной степени тяжести выявлена у 25 (83%) больных. Из них 6 пациентов имели сопутствующую сердечную недостаточность. У 12 (40%) исследуемых имели сочетание с ВИЧ – инфекцией и получали АРВТ-терапию. Хроническим гепатитом С страдали 8 (27%) больных.

У 26 (86%) пациентов отмечалось анемия. Из них выявлены: 13- лёгкой, 13- средней и 4 -тяжёлой степенью анемии. У 26 (86%) больных отмечают изменения гематологических показателей: снижение гемоглобина (80%), лейкоцитоз (10%), лимфоцитов (37%), моноцитов (17%), эозинофилов (10%), общего белка крови (23%), глюкозы (47%), антикоагуляционной активности крови (57%). Наблюдается увеличение СОЭ (67%), мочевины (26%), креатинина (50%), общего белка мочи (70%). У половины исследуемых диссеминированный туберкулёз лёгких был выявлен впервые.

Бактериовыделение выявлено у 22 (73%) больных. При приёме противотуберкулёзных препаратов у многих пациентов отмечалось повышение биохимических показателей крови: ALT у 25 (83%) больных, и AST - у 10 (33%) больных. Считаем, что это обусловливается цитологическим синдромом, когда увеличение этих биохимических показателей (относительно нормы) указывает на гибель гепатоцитов, который соответствующим образом отражается повышением уровня билирубина, холестерина, липопротеидов.

Заключение. Систематический мониторинг анализов полученных лабораторных данных имеют большое значение для оценки клинического состояния больного, динамики процесса и эффективности применяемого лечения. Микробиологическая диагностика необходима при мониторинге химиотерапии и оценки лечения.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Хакимов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Минимизация повреждения лицевого нерва является одной из важнейших задач хирургии околоушной области и делает необходимым постоянное совершенствование старых и развитие новых методик вмешательств на околоушной слюнной железе (Жилонов А.А. 2016).

Околоушная слюнная железа характеризуется сложным анатомо-топографическим взаимоотношением с лицевым нервом.

Во время оперативного вмешательства на околоушно-жевательной области при необходимости выделения лицевого нерва традиционно используется две основные методики: антеградное и ретроградное выделение нерва.

Антеградная методика подразумевает выделение ствола лицевого нерва в месте его выхода из шиловосцевого отверстия и постепенное препарирование в направлении к периферии. При ретроградной методике первоначально выделяются периферические ветви, а при необходимости, продолжают выделение до выхода на ствол нерва.

Материалы и методы исследования. В частной клинике “Profmedservice” города Андижан используется органосохраняющая микрохирургическая методика операций при доброкачественных образованиях околоушной железы. Образование удаляется под контролем операционного микроскопа единым блоком с прилежащей железистой тканью в объеме субтотальной или частичной резекции доли железы. Препарирование и выделение ветвей лицевого нерва осуществляется в большинстве случаев ретроградно и выделяются только те ветви, которые прилежат к зоне резекции. В зависимости от локализации образования в начале операции проводится нанесение на кожу ориентиров возможного прохождения интересующих ветвей лицевого нерва.

Результаты. Анализ 12 проведенных операций за 2018-2019 г. показал, что 7 (58%) с плеоморфными аденомами, 3 (25%) с аденолифомами, 2 (17%) с другими доброкачественными опухолями. Установлена преимущественная локализация образований в зоне щечной и краевой ветвей лицевого нерва в 46 (53%) случаев. В большинстве операций выделение ветвей проводилось ретроградно, и было ориентировано на первоначальное нахождение основного выводного протока (щечная ветвь) или зачелюстной вены (краевая ветвь).

Вывод. Показатели послеоперационной нейропатии 1-2 по шкале HBS (House-Brackman Scale). Ретроспективный анализ послеоперационного лечения через 6-12 месяцев показал, что в 96 % случаев произошло полное восстановление функции ветвей лицевого нерва.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дана характеристика туберкулеза органов дыхания у подростков из контакта с больным туберкулезом. Наибольшее значение для развития заболевания имеет контакт в семье и с близкими родственниками без изоляции контактирующих лиц от больного. Выявляются тяжелые, распространенные процессы с бактериовыделением, которые снижают качество жизни заболевшего подростка. Основные причины поздней диагностики – недостатки в работе противотуберкулезной службы, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), низкий уровень санитарно-просветительной работы по повышению мотивации населения к плановым обследованиям и соблюдению санитарно-гигиенических мероприятий в очаге.

Подростки из очагов с бактериовыделением, в первую очередь при обнаружении микобактерий туберкулеза с множественной/широкой лекарственной устойчивостью, должны рассматриваться как приоритетная группа риска развития заболевания с более частым мониторингом, углубленным обследованием. В учреждениях ПМСП при наличии клинических признаков, таких же как при туберкулезе, целесообразно включить в диагностический минимум кожные иммунологические тесты (проба Манту и проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным).

Необходимо совершенствование работы организационно-методической и санитарно-просветительной работы в очагах

Цель исследования. Определить особенности реагирования детей на кожные пробы с туберкулином и с диаскинтестом в зависимости от клинических проявлений неспецифической сенсibilизации.

Материалы и методы. Обследовано 170 детей (54,7% мальчиков и 45,3% девочек) в возрасте от 4 мес. до 15 лет, пациентов туберкулезного отделения г. Андижана. Помимо общепринятых методов, обследование детей включало: компьютерную томографию органов грудной полости, индивидуальную туберкулинодиагностику, диаскинтест, фибробронхоскопию (по показаниям), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации специалистов. По результатам обследования дети разделены на 4 группы: 1-я группа – активный туберкулез органов дыхания – 54 чел., 2-я группа – впервые выявленные остаточные изменения (кальцинаты) – 27 чел., инфицированные дети из групп риска по туберкулезу – 62 чел., не инфицированные МБТ дети с неспецифическими заболеваниями – 27 чел.

В зависимости от проявлений аллергии, которая определялась на основании анамнеза и медицинской документации, каждая группа разделилась на 3 подгруппы: подгруппа А – дети с неотягощенным аллергологическим анамнезом, подгруппа Б – дети с эпизодами аллергических реакций в виде непереносимости отдельных пищевых

продуктов и лекарств, подгруппа В – дети с аллергическими заболеваниями: бронхиальной астмой (БА) и атопическим дерматитом (АД).

Результаты и обсуждение. Повышенная аллергическая настроенность организма (табл. 1) присутствовала у 40% пациентов диагностического отделения, в том числе у 15,9% (27 чел.) детей она проявлялась аллергическими заболеваниями и 24,1% пациентов (41 чел.) – аллергическими реакциями в анамнезе. Только у 60% пациентов (102 ребенка) аллергологический анамнез не был отягощен. Причем среди детей, у которых выявили активный туберкулез, доля лиц с не отягощенным аллергологическим анамнезом была максимальной – 74,1%, а среди детей, оказавшихся не инфицированными микобактериями туберкулеза (МБТ) – минимальной – 33,3% ($p < 0,05$).

Среди инфицированных детей пациенты, предрасположенные к аллергическим реакциям и больные аллергическими заболеваниями составили почти половину (43,5%). Это позволяет предположить, что у детей с аллергической настроенностью организма неспецифическая сенсibilизация затрудняла определение истинного уровня туберкулиновой чувствительности на догоспитальном этапе. Об этом свидетельствует и тот факт, что из 102 детей с не отягощенным аллергологическим анамнезом заболевание выявлено у 40 (39,2%), при наличии аллергических реакций в анамнезе – у 12 из 41 (29,3%, $p > 0,05$), и при сопутствующих аллергических заболеваниях – у 2 из 27 (7,4%, $p < 0,05$).

Выводы. Среди детей, направляемых в диагностическое отделение для исключения заболевания туберкулезом, значительный удельный вес составляют пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (24,1%) и аллергическими заболеваниями (15,9%).

Процент подтверждения диагноза туберкулеза наиболее высок у детей с неотягощенным аллергологическим анамнезом (39,2%) и минимален у детей, страдающих аллергическими заболеваниями (7,4%).

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

*Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние годы сохраняется высокий уровень заболеваемости туберкулезом у лиц молодого трудоспособного возраста. В группу риска входят молодые люди, обладающие эмоциональной нестабильностью, плохо контролирующими события собственной жизни, отягощенные вредными привычками и плохими социально-бытовыми условиями существования. Проблема здоровья студентов в последние годы привлекает все большее внимание ученых, врачей и педагогов. Переходя из стен школы в стены ВУЗа студенческая молодежь вынуждена адаптироваться к ряду факторов, таких как бытовые, финансовые, климато-географические, экологические. К этому следует добавить и информационные перегрузки, а также ускорение темпов и ритма жизни.

Все это требует от студента значительного напряжения нервно-психических процессов, активной перестройки деятельности функциональных систем и ведет к снижению защитных сил организма. Заболеваемость студентов, обучающихся в медицинском вузе выше, чем в других. Это можно объяснить большей загруженностью будущих врачей, цикловыми занятиями, проходящими на разных клинических базах в разных концах города, что не исключает риск инфицирования различной микробной флорой.

Адаптация студентов, проживающих в отрыве от родителей, в общежитии или на съемной квартире протекает тяжелее, и в будущем часто приводит к возникновению разнообразных соматических и психоневрологических патологических состояний: около половины (43%) студентов, проживающих в общежитии, и пятая часть (21,5%) лиц, живущих в квартирах, ответили, что в течение первого года обучения «здоровье несколько ухудшилось». Обилие факторов, негативно влияющих на состояние здоровья студентов в современных неблагоприятных условиях, обуславливают необходимость совершенствования системы профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Цель исследования. Оценить наличие психологических и социальных факторов риска заболевания туберкулезом среди студенческой молодежи.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 57 студентов АГМИ 1 и 6 курсов (средний возраст составил 18 и 23,3 лет соответственно).

Результаты исследования. Анализ проведенного анкетирования студентов показал увеличение доли студентов, подверженных вредным привычкам, с возрастом с 7,4% на 1 курсе до 16,7% на 6 курсе. Только 59% первокурсников и 56% студентов 6 курса охарактеризовали свое питание как полноценное разнообразное, 26,3% молодых людей признали питание недостаточным, 8,7% предпочитали фаст-фуд. К 6 курсу отмечается нарастание уровня эмоциональной напряженности в 1,3 раза по ИЖУ, что, вероятно, свидетельствует о постепенном истощении эмоциональной сферы, причем девушки оказались более стойкими и целеустремленными.

Выводы. Неоднородность студенческой молодежи по психосоциальным характеристикам. Выявленное эмоциональное напряжение и высокий уровень тревожности более характерны для студентов старших курсов.

Дефекты питания обнаружены у 40% студентов на всех этапах обучения. Физические проблемы более свойственны студентам младших курсов.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

*Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние десятилетия в стране отмечался выраженный рост заболеваемости туберкулезом (ТБ) и увеличение числа тяжелых форм ТБ, к числу которых относятся и генерализованные формы туберкулеза.

За последние 20 лет существенно выросла заболеваемость туберкулезом органов дыхания при одновременном снижении заболеваемости внелёгочным туберкулёзом с 3,3 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 2,5 на 100 тыс. населения в 2019 г. Объясняется это тем, что внелёгочные формы выявляются значительно труднее из-за сложности использования лучевых и лабораторных методов диагностики. Значение имеет также доступность медицинской помощи.

Начало XXI в. характеризуется стабилизацией эпидемической ситуации по туберкулёзу при одновременном росте доли больных с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ в мире зарегистрировано около 34 млн. человек, страдающих ВИЧ-инфекцией. Туберкулёз стал одной из причин смертности при ВИЧ-инфекции.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и исходы лечения генерализованных форм ТБ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 65 больных генерализованными формами ТБ, лечившихся в АОФД в 2018-2020 гг.

Результаты исследования. Среди обследованных 61,5% был ТБ инфицированных (I гр), 38,5% – инфекции (II гр). В I гр преобладали лица до 40 лет – 82,5%, во II – старше 40 лет (64,0%). Преобладали мужчины: I гр – 72,5%, II гр – 72,0%.

Впервые выявленных больных – 75,3%: I гр – 87,5%, II – 56,0%. Рецидивов - 12,3%: I - 5,0%, II – 24,0%. Хроники составили 12,3%: I гр – 7,5%, II – 20,0%. Преобладал диссеминированный ТБ (ДТ) – 47,6%: I гр - 45,0%, II – 52,0%. Но МТ (10,0%) - лишь в I гр. На 2 месте - инфильтративный ТБ (ИТ)-32,3%: I гр - 42,5%, II – 16,0%. Во II гр. фиброзно-кавернозный ТБ – 24,0%, в I лишь 5,0%. По 3,0% - очаговый ТБ и казеозная пневмония, туберкулемы-1,5%.

Легочный процесс был осложненным в 21,5%: 16,9% - экссудативный плеврит, 4,6% - ТБ бронха, гортани. Помимо поражения легких выявлялся туберкулезный менингит (ТМ) – 49,2%, ТБ органов брюшной полости (ОБП) - 20,0%, периферических лимфоузлов -12,3%, костей и суставов -10,7%.

В 67,6% - внелегочное поражение 1 органа: I гр – 62,5%, II – 76,0%. Поражение 2-3 органов было у 32,2% и встречалось чаще в I гр – 37,5%, во II - 24,2%. Деструкция в легких выявлялась в 38,4%: I гр - 27,5%, II - 56%. Бактериовыделение отмечалось у 56,9%: I гр - 47,5%, II-72,0%. Лекарственно-устойчивые штаммы МБТ преобладали: лекарственно-чувствительных - 12,5% (11,1% в I гр, 14,2% во II); лекарственно-устойчивых (ЛУ) - 28,1% (33,3% - I гр, 21,4% - II). МЛУ+ШЛУ в целом- 59,3%: I гр - 55,5%, II – 64,2%.

Эффективно пролечено 26,9%, улучшение - 7,6%, не эффективно - 25,0%, умерло - 34,6%, 5,7% досрочно прервали лечение.

Вывод. Среди больных с генерализованными формами преобладали ТБ инфицированные мужчины молодого возраста с впервые выявленным ТБ (преимущественно с ДТ и ИТ легких).

Помимо поражения легких чаще был ТМ и ТБ ОБП. Множественное поражение чаще было у ТБ-инфицированных. Основную часть составили случаи ЛУ ТБ. Лечение было недостаточно эффективным.

ҚОРА АКАНТОЗ: ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

*Хамидов Ф.Ш., Алиев Л.М., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Насриддинова Н., Фозилов Ф., Тошпулатов Б., Абдурахманов А.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Тизимли патологиянинг маркерлари сифатида дерматологик симптомларни тўғри талкин қилиш муҳим эканлигига қарамай, қора акантоз (acanthosis nigricans) муаммоси мустақил тери касаллиги сифатида ҳам, ички органлар касалликларининг терининг намоён бўлиши сифатида ҳам етарлича ёритилмаган. Шу билан бирга, қора акантоз эндокрин ва метаболик касалликлар, ёмон сифатли ўсмалар, генетик (ирсий) касалликларнинг ҳамда бузилишларнинг биринчи клиник белгиси бўлиши мумкин.

Acanthosis nigricans – бу терининг қалинлашиши бўлиб, у тўқ жигарранг тусга эга ва текстурада тўқилган матога ўхшайди. Қора акантоз ўчоқлари, қоидага кўра симметрик ҳолда бурмалар бор жойларда жойлашган: бўйинда (кўпинча, айниқса болаларда), чов соҳасида кўлтиқ остида, киндик, тирсак ва тизза орқасидаги чуқурчаларда ҳамда пешона терисида. Бундан ташқари, қора акантоз ўчоқлари конъюктивада, кўз ковокларида, бармоқ бўғинлари орқасида, ташки жинсий аъзоларда, анус соҳасида, соннинг ички юзларида ва сут безлари сўргичларининг ареоларида кузатилиши мумкин. Баъзи ҳолатларда, айниқса ички аъзоларда онкологик патология мавжудлигида, Acanthosis nigricans оғиз бўшлиғи, қизилўнғач, бурун ва ҳиқилдокни шиллик қаватларида жойлашади.

Қора акантознинг ирсий шаклида касалликни берилиши аутосом-доминант тури каби бўлади. Касалликни ушбу варианти одатда эрта болаликдан ривожланиди, пубертант (балогат) даври бошланишигача барқарор ривожланиди, кейинчалик эса ҳолат стабиллашади (барқарорлашади) ёки тўлиқ хал бўлади. Касаллик оиланинг бошқа аъзоларида ҳам кузатилиши мумкин. Тошмалар кўпинча унилатерал жойлашаши мумкин. Бундан ташқари, патологик жараёнга киндик атрофи соҳалари, сон ва бел териси жалб қилиниши мумкин. Қоидага кўра, Acanthosis nigricans болаларда инсулинга резистентликни тери белгиси бўлади. Янги туғилган чақалоқларда Acanthosis nigricans симптомлари бўлса, Крузон синдромининг иккинчи варианти, яъни краниостозни қора акантоз билан комбинациясини истисно қилиш керак. Крузон синдромининг ривожланиш сабаби 4-чи хромосомада жойлашган FGFR3 генининг миссенс-мутацияланганлигидир. Касалликнинг ушбу шакли оғир асоратлар, биринчи навбатда хоан атрезияси ва кучли гидроцефалияси, шунингдек, карлик ва ақлий ривожланишнинг намоён бўлиши билан кечади.

Демак, бу касалликнинг профилактикаси ҳамда кечиш муаммоларини янада чуқурроқ ўрганиш замонавий дерматологиянинг долзарб муаммосидир.

ГИПЕР И ГИПОБАРИЯ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРА РИСКА И ОБЪЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПАТОЛОГИИ

*Хамраев О.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.
АнДГосМИ и АФ РНЦЭМП*

В исследованиях показано, что неблагоприятные гелиометеоусловия характеризуются гипер и гипобарией и способствуют нарушению патоморфоза многих, в том числе, урологических патологий (УП). Это сказывается в уровнях уронефрологического континуума и качествах лечебно профилактических мероприятий.

Цель исследования- изучение отрицательного влияния гипер и гипобарий на развитие урологических патологий в регионе Ферганский долины Узбекистана.

Материалы и методы: проанализированы 1046 случаев УП по данным АФ РНЦЭМП, клинический диагноз устанавливался согласно общепринятым международным критериями классификациям.

Результаты и выводы: УП с наименьшей частотой регистрируется при гипобарии (снижение барометрического давления ≤ 950 мб) и отмечается увеличение их частоты при гипербарии (повышение барометрического давления ≥ 966 мб). При гипобарии УП регистрировались в следующих уровнях: острый цистит 0,6%, острый пиелонефрит 0,8%, почечная колика -1,7%, ишурия на фоне аденомы простатиты и всего УП-0,8%.

При состоянии гипербарии атмосферы всего УП определяются с увеличением до 49,9 % ($\chi = +0,98$; $P < 0,01$) острый цистит характеризуется с увеличением выявляемости на 48,9 % ($\chi = +0,98$; $P < 0,01$) острый частота почечная колика возрастает до 49,2 % ($\chi = +0,92$; $P < 0,001$). При гипо и гипербарии доброкачественная гиперплазия предстательной железы определяется с разницей на 63,6 % ($\chi = + 0,85$; $P < 0,01$) А вот мочекаменная болезнь в зависимости от состоянии гипо и гипербарии увеличивается до 50,7 % ($\chi = + 0,78$; $P < 0,05$). Таким образом, в ходе нашего трёхлетнего климатометеорологического мониторинга установлено прямая связь между возрастанием случаев урологических патологий и состоянием гипербарии атмосферных процессов: высокие уровни УП наблюдались при высоких значениях барометрического давления в изученном регионе ферганской долины эти данные может быть использованы в качестве объектов метеопрофилактических программ и или разработок.

АССОЦИИИ МЕЖДУ ФЛЮКТУАЦИЯМИ ИОНОСФЕРЫ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПОЗИЦИЯ ГЕЛИОМЕТЕОПРОФИЛАКТИКИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

*Хамраев О.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.
АнДГосМИ и АФРИУЭМП, Андижан*

Недостаточность исследований и неполнота применения в практике результатов климатогелиобиоритмологии для оптимизации гелиометео-хронопрофилактики урологических заболеваний (УЗ) побудило нас к проведению данного исследования.

Цель работы – Изучение клинических проявлений урологических заболеваний в зависимости от состояния ионосферы в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы – У 1046 больных в условиях Андижана Ферганской долины проанализировано влияние изменений (флюктуации) ионосферы на клиническое течение урологических заболеваний. Состояние ионосферы, гелиогеофизические параметры, вспышки на солнце и внезапные ионосферные возмущения по Андижанскому региону были оценены в 26 направлениях. Получены кривые по дням каждого месяца в течение трёх лет. По этим данным было сделано общее заключение о гелиогеофизических параметрах: спокойное состояние ионосферы (ССИ), слабое отрицательное возмущение (СОВИ), слабые вспышки на солнце, нормальные вспышки на солнце и яркие вспышки на солнце.

Результаты и выводы: при разных состояниях ионосферы гелиометеотропные реакции увеличиваются до 36,4% ($\chi = +0,87$; $p < 0,001$). Гелиометеотропные реакции с субъективными проявлениями у больных с УЗ в более чем в 2,5 раза чаще (43,1%) отмечались при ССИ, со сравнительно меньшей частотой отмечена при СОВИ (21,0%), с частотой 18,7% и 17,2% наблюдались при слабopоложительном (СПВИ) и умеренно положительном (УПВИ) возмущении ионосферы ($\chi = +0,84$; $p < 0,01$).

Проявление гелиометеотропных реакций с физикальными симптомами УЗ проявлялись соответственно с показателями в уровнях 47,4%, 20,2%, 18,5% и 14,0% ($\chi = +0,68$; $p < 0,01$).

Гелиометеотропные реакции с мочевыми симптомами у больных УЗ также определялись с увеличением на 24,9% ($\chi = +0,61$; $p < 0,05$); желудочно-кишечные расстройства определялись с увеличением до 51,2% ($\chi = +0,98$; $p < 0,001$). Гелиотропные реакции с биохимическими сдвигами у больных урологическими заболеваниями выявлялись с разницей на 24,4% ($\chi = +0,88$; $p < 0,001$).

Эти данные могут быть использованы при гелиогеофизического и медицинских прогнозах “конечных точек” от урологических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА ВОЗНИКН ОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Хаятов Р.Б., Тураев Б.Т.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы: В настоящее время сахарный диабет (СД) остается медико-социальной проблемой для большинства стран. Среди больных сахарным диабетом дети и подростки до 16 лет составляют 3-8%. Отмечается

также тенденция роста заболеваемости сахарным диабетом. Ситуация реальной угрозы жизни, связанная с наличием хронических заболеваний, обуславливает существенное снижение качества жизни детей как за счет физической, так и психологической составляющей независимо от объективной тяжести болезни. У детей с диабетом могут возникать проблемы социализации, которые связаны как с наличием хронического заболевания, так и с личностными чертами больных. Перед учеными стоит задача выявления социально-психологических переменных, способных нивелировать неблагоприятное воздействие заболевания, а также поиска путей активизации этих переменных. Поскольку социальные факторы зачастую связаны с объективными ограничениями, возрастает роль психологических факторов, многие из которых поддаются коррекции.

Цель исследования явилось изучение типологии и динамики личностных реакций на возникновение и течение сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие пациенты Самаркандский областной эндокринологический диспансер, проходившие плановое лечение, с диагнозами: декомпенсированный сахарный диабет I и II типа. Возраст в группе больных варьировал от 25 до 56 лет. Продолжительность заболевания находилась в интервале 5-7 лет. Пациентами были лица как мужского, так и женского пола. Для определения типа личности в исследовании был использован характерологический опросник К. Леонгарда.

Результаты исследования. У больных с анозогнозией чаще встречались акцентуации характера по экзальтированному типу, реже – по тревожному, дистимическому и эмотивному типам. Проблемы управления СД в данной группе пациентов решались несколько лучше, чем в группе больных с гипернозогнозией. Казалось бы, «отрицание» проблемы как таковой должно вести к очень серьезным проблемам в управлении СД, но можно предположить, что происходит «отрицание» не самого заболевания, а «отрицание» возможности развития у данных пациентов осложнений СД и его последствий. Лица с гипонозогнозией имели наиболее адекватное отношение к заболеванию. Вероятно, это происходило в силу имеющихся личностных и психоэмоциональных особенностей пациентов, то есть они не боялись брать ответственность на себя за решение сложных жизненных ситуаций.

Выводы. Таким образом, внутренняя картина болезни при сахарном диабете – это сложное, структурированное образование, включающее в себя, по крайней мере, четыре уровня психологического отражения болезни: 1) уровень непосредственно-чувственного отражения (обусловленные болезнью ощущения и состояния); 2) эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека); 3) интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания); 4) мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры). Подробный анализ данной темы и рекомендации по целенаправленной коррекции психического статуса больного сахарным диабетом полезны как для организации лечебно-диагностического процесса с участием врачей различных специальностей, так и при проведении медицинской экспертизы.

АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ходжанова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Несмотря на достижения медицинской науки и профилактики сердечно -сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности в экономически развитых странах. Ацетилсалициловая кислота (АСК) - одно из наиболее широко применяемых лекарственных средств в мире, который по своим характеристикам соответствует основным требованиям, предъявляемым к антитромбоцитарным препаратам, используемым для лечения и предотвращения острых проявлений атеротромбоза, отдаленных ишемических последствий атеросклероза и связанных с ними смертельных исходов. Однако в последнее время все чаще появляются работы, где показано, что у 15—30% пациентов развивается резистентность к аспирину, особенно у пациентов длительно его принимающих в низких дозах. У таких больных сохраняется повышенная активность тромбоцитов, несмотря на проводимую антиагрегантную терапию, что связано с риском повторных сердечно - сосудистых событий. И такие больные, по всей видимости, имеют более плохой прогноз, чем пациенты с ясным, АСК-зависимым ингибированием функции тромбоцитов. Указанный факт свидетельствуют о необходимости мониторинга индивидуальной чувствительности пациентов к аспирину у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) для своевременной коррекции антиагрегантной терапии.

Цель исследования. Оценка агрегационной активности тромбоцитов у больных с ишемической болезнью сердца и определения факторов риска развития резистентности к АСК.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 118 больных со стабильными формами ИБС (со стабильной стенокардией напряжения (ССН). Из них ФК II - 97 (83%) человек, ФК III — 21 (17%). Средний возраст составил 62,1 ±2,3 года. Клиническая характеристика пациентов по полу достоверно не отличалась. Количество пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) составило 106 (89%), с постинфарктным кардиосклерозом 43 (36%), сахарным диабетом (СД) 49 (41%), ожирением 61 (52%), аритмиями 12 (10%). Больные со ССН были разделены на 4 группы по давности приема АСК. 1 группу составили больные, не получавшие аспирин, вторую группу составили больные, принимающие аспирин до 1 года. Третью группу составили больные, принимающие аспирин от 1 года до 5 лет и в четвертую группу входили больные, принимающие аспирин свыше 5 лет. А также по результатам определения аспиринорезистентности больные были разделены на 2 группы по наличию аспиринорезистентности. Продолжительность наблюдения составила 12 месяцев. Степень спонтанную и АДФ индуцированную агрегацию тромбоцитов исследовали на двухканальном лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов LA230 «Биола». Метод основан на анализе флюктуаций светопропускания образца обогащенной тромбоцитами и плазмы с добавлением индуктора аденозиндифосфата (АДФ) с конечными концентрациями 0,1; 1,0 и 5,0 мкг/мл и с последующим компьютерной обработкой по программе AGGR. Нормальные пределы активности агрегационного процесса тромбоцитов с добавлением 5,0 мкмоль АДФ составляют 25-

72%. В качестве критерия резистентности использован уровень агрегации тромбоцитов с 5,0 мкмоль АДФ ≥ 72 %. Статистическую обработку результатов исследования проведен с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. Средние показатели агрегатограммы в 1 группе составили 58,2%, во 2 группе 33,2%. В 3 группе этот показатель равен 42,2% и в 4 группе – 68,8%. По результатам исследования агрегационной активности тромбоцитов было выявлено 24 (20 и средний) степень агрегации тромбоцитов с 5,0 мкмоль АДФ составил 82,1%) пациента с отсутствием реакции на прием аспирина, причем подавляющее большинство резистентных больных – 18 из 24, оказались в 4 группе. В связи с этим более подробно была проанализирована именно эта группа больных. Неадекватный ответ на прием аспирина достоверно часто наблюдался у женщин и у пожилых (58,3% и 70%). В группе резистентных к аспирину было больше больных страдающих мультифокальным атеросклерозом, артериальной гипертензией, однако эти различия не достоверны. Резистентными к аспирину достоверно чаще были больные с сахарным диабетом (СД) (соответственно у 67%) чем больные с нормальным ответом тромбоцитов на прием АСК ($p=0,04$), а также больные с ожирением (соответственно 45,8%) ($p=0,05$). При этом по клиническим проявлениям артериальной гипертензии, ХСН и ССН (головная боль, боли в области сердца за грудиной, одышка, слабость, утомляемость) статистически значимых различий между группами выявлено не было. При анализе результатов рутинных лабораторных исследований у больных с аспиринорезистентностью наблюдалась тенденция к более высокому уровню холестерина и глюкозы. Наиболее значимая отрицательная корреляционная связь показателя агрегации тромбоцитов определялась в отношении уровня холестерина ($r = -0,41$) и триглицеридов ($r = -0,43$).

Заключение. Учитывая высокие показатели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов у $\frac{1}{4}$ больных с ишемической болезнью сердца, необходимо для контроля антитромботической терапии у данной категории больных проводить исследование данного показателя агрегатограммы с целью определения адекватности медикаментозной коррекции. Возможными факторами риска развития резистентности к АСК являются гиперхолестеринемия и гипергликемия, так как аспиринорезистентность больше встречалась у больных СД и ожирением.

ҚАЙТАРИЛУВЧИ ЦЕРЕБРАЛ ВАЗОКОНСТРИКТИВ СИНДРОМИНИНГ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОН ЎЗГАРИШЛАРИ

*Ходжиматов У.Ж., Абдуқодиров У.Т., Максудова Д.Ю., Мамасолиева Ш.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Қайтарилувчи церебрал вазоконстриктив синдроми (ҚЦВС, Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции – СОЦВ, reversible cerebral vasoconstrictive syndrome) – умумий тушунча ҳисобланади, ўткир бошланувчи интенсив бош оғриғи ва нейровизуализацион текширувда церебрал артерияларда қайтарилувчи констриктив ўзгаришлар билан характерланади. ҚЦВС клиник кўриниши кучли интенсивликдаги бош оғриғи бўлиб, бир дақиқа давомида максимал даражага қўтарилади ва бемор гапи бўйича “чакмоқ ургандек” бўлади. Бош оғриғи ўчоқли неврологик белгилар билан ёки ўчоқли неврологик ўзгаришларсиз ёки талваса синдроми билан бирга ифодаланиши мумкин. ҚЦВС нинг асосий белгиларидан бири церебрал кон томирларнинг қайтарилувчи сегментар ёки мультифокал вазоконстриктив радиологик ўзгаришлар ҳамда ўчоқли вазоконстрикция соҳада кон окимининг ўзгаришидир.

Текширув мақсади: Қайтарилувчи церебрал вазоконстриктив синдроми нейровизуализацион ўзгаришларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услуб: Биз 60 нафар беморни Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси неврология бўлимида стационар ва поликлиник шароитда кузатдик. Ушбу беморлар бош мия МРТ текшируви Фарғона вилояти қўп тармоқли шифохонаси диагностика бўлимида МРТ ангиорежимда (TOSHIBA, 1.5T) ўтказилди. Танланган 60 бемордан 40 нафари Мигрен билан хасталанган, уларнинг 15 нафари (38%) эркақлар, 25 нафари (62%) аёллар. Танланган 20 нафар беморнинг 13 нафари асоратланмаган ва 7 нафари асоратланган Флеминг – Колл синдроми билан хасталанган бемор. 13 беморнинг 8(65%) аёллар, 5(35%) эркақлар, 7 беморнинг 4(57%) аёллар, 3(43%) эркақлар. Беморларнинг 18 – 59 ёш, ўртача 39 ёш.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама: Тўпланган 20 беморлар диагностикасида асосий шикоят кучли интенсивликдаги бош оғриғи ҳисобланади, бош оғриғи характери бир минут ичида максимал даражага етади, бош оғриғини интенсивлигини баҳолашда ВАШ бўйича ўртача 7.5 баллга, бош оғриғининг бемор ҳаёт сифатини бузилишини баҳолашда MIDAS шкаласи бўйича 3.72 балл тенг. Агар асоратланган беморларда ўчоқли неврологик белгилар, талваса хуружлари кузатилиши мумкин. MMSE шкаласи Флеминг Колл синдроми хасталанган беморларнинг текширганимизда ўртача 26.07 баллни ташкил қилди, энгил когнитив бузилишлар аниқланди, Флеминг – Колл синдроми нейровизуализацион текширувида МРТ ангиорежимдаги текшируви муҳим аҳамиятга эгадир. МРТ кон томир режимида церебрал артерияларда “сосискасимон” вазоконстрикция аниқланади, кон томир энцефалопатия, мия ичи гипертензив белгилари аниқланди (Расм 1,2,3). Қолган 40 беморнинг диагностикасида асосий шикоят ўрта интенсивликдаги бош оғриғи ҳисобланади, бош оғриғи бир неча соатлар давомида максимал даражага етади, бош оғриғини интенсивлигини баҳолашда ВАШ бўйича 6.73 баллга, бош оғриғининг бемор ҳаёт сифатини бузилишини баҳолашда MIDAS шкаласи бўйича 2.73 даражага тенг. Агар асоратланган беморларда ўчоқли неврологик белгилар, талваса хуружлари кузатилиши мумкин. MMSE шкаласи мигрень билан хасталанган беморларнинг текширганимизда 28.01 баллга тенг. Мигреньнинг МР ангиографик текширувида мия тўқимасида ва кон томирларида патологик ўзгаришлар аниқланган.

Хулоса: 1) Юкоридаги текширувларга кўра, қайтарилувчи церебрал вазоконстриктив синдром билан хасталанган беморларнинг бош оғриғи характери: огрикнинг кучлилиги, юкори даражада эканлиги, ҳаёт сифатининг огир даражада бузилиши намоён бўлди. Қайтарилувчи церебрал вазоконстриктив синдромга чалинган беморларда когнитив фаолиятнинг энгил даражада бузилиши, МР ангиографияда кон томирларнинг вазокостриктив ўзгариши билан юзага келиши аниқланди.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ТУШКУНЛИК ҲОЛАТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

*Ходжиматов У.Ж., Абдукадиров У.Т., Максудова Д.Ю., Мамасолиев Ш.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Инсултдан кейинги тушкунлик инсултнинг асоратларидан бири эканлиги ҳақида 1980 йили Labi et al. айтиб ўтган. Изланувчиларни ҳозирга қадар инсулт билан хасталанган беморлардаги тушкунлик ҳолат кизиқтириб келмоқда. Бу муаммога кизиқиш нафақат инсултларни кўп учраши билангина боғлиқ эмас, балки улардаги асоратлар сонининг кўп учраши билан ҳам боғлиқ. Тушкунлик бемор клиникасидаги неврологик ҳолатни баҳолашни қийинлаштиради. Ишемик инсултдан кейинги тушкунлик эмоционал сфера билан боғлиқ асосий муаммоли асоратлардан бири. Ишемик инсултдан кейинги тушкунлик аҳамияти уни кўп сонли учраши билангина боғлиқ эмас, балки цереброваскуляр касалликлар оқибатига таъсири ва унинг кечишидаги роли билан боғлиқ. Уларнинг кўпчилигини ишемик инсултлар ташкил қилмоқда. Тушкунлик қон томир хасталикларидagi қайта инсулт бўлишига сабаб бўладиган гипоталамик питуитар адренкортикал ўқнинг активлашиши, симпатоадренал активлик ортиши, қон томир яллиғланиши, гиперкоагуляция каби механизмларни ривожлантириб юборади. Тушкунлик ривожланиши, турли адабиётлардаги фикрларга кўра, инсултдан кейин беморларда ўлим кўрсаткичи ортишига сабаб бўлади. Функционал реабилитация беморларига ва тикланиш даврида беморларга тушкунлик салбий таъсир қилади ҳамда ўлим оқибатларининг ошиб кетишига сабаб бўлади. Инсулт билан хасталаниш ортиб боргани сари инсултдан кейинги тушкунликка кизиқиш ортиб бормоқда.

Мақсад: Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси 1 -асаб бўлимида ётиб ишемик инсулт билан даволанган беморларда тушкунлик ҳолатларни ўрганиш.

Материаллар ва текширув усуллари: Текшириш учун 2020 йил январь, февраль ва март ойларида ётиб даволанган 20 нафар ишемик инсулт билан хасталанган беморлар олинди. Улардан 12 нафари эркак, 8 нафари аёл.

Текширув натижалари: Текшириш учун олинган 20 нафар бемордан (12 эркак, 8 нафар аёл) 13 нафарида (9 эркак, 4 нафар аёл) тушкунлик ҳолати аниқланди. Бу беморларда даволаш ва реабилитация муолажалари эффективлиги қолган беморларга нисбатан камроқ натижа бераётганлиги кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, И И дан кейинги тушкунлик ҳолати бўйича кўплаб изланишлар олиб борилганига қарамай, ҳали ҳануз ушбу ҳолат долзарблигича қолмоқда. И И дан кейинги тушкунлик ҳолати беморларнинг неврологик ҳолатини тўлиқ баҳолашга ва тўла қонли даво қилишга имкон бермайди. Шу билан бирга беморлар реабилитация даврининг узайишига, асоратлар ва ногиронлик сони ортишига сабаб бўлади.

ГИПОТЕРИОЗДА СУРУНКАЛИ БОШ МИЯ ИШЕМИЯСИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРИ

*Ходжиматов У.Ж., Абдукадиров У.Т., Максудова Д.Ю., Мамасолиева Ш.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Бутун дунё бўйлаб сурункали бош миЯ ишемик касаллигига чалинган беморлар сони аҳолининг кўп қисмини ташкил қилади. Кўплаб адабиётларда ушбу касаллик асосан 50 ёшлардан сўнг учраши ҳақида маълумотлар берилган. Лекин айрим касалликлар, шу жумладан гипотериоз касаллиги натижасида ушбу касаллик анча эрта учрамоқда. Шу сабабдан бу муаммо нафақат тиббий, балки муҳим ижтимоий-иқтисодий муаммолардан бири ҳисобланади.

Мақсад: Гипотериоз ҳисобига келиб чиқадиган сурункали бош миЯ ишемиясида юзага келадиган клиник белгилар ва бош миЯда юзага келадиган морфофункционал ўзгаришларни аниқлаш.

Материаллар ва текширув усуллари: текширув учун 30 нафар гипотериоз билан касалланган ва сурункали бош миЯ ишемиясида юзага келадиган шикоятлар билан мурожаат қилган 30-50 ёшдаги беморлар олинди. Улардан 24 нафари аёл, 6 нафари эркак.

Текшириш усуллари: Бош миЯ МРТ текшируви, MMSE бўйича бош миЯ когнитив фаолиятини текшириш тести.

Текширув натижалари: Текширув учун олинган 30 нафар беморларнинг 24 нафарида, яъни 70% беморда МРТ текширувида сурункали бош ишемияга хос белгилар аниқланди (10 нафар аёл, 4 нафар эркак).

Текширув учун олинган 30 нафар беморларнинг 28 нафарида, яъни 90% беморда MMSE тестида турли даражадаги когнитив фаолият бузилишлари аниқланди (23 нафари аёл, 5 нафари эркак).

Хулоса: Гипотериоз касаллиги сурункали бош миЯ ишемиясини янада ёшроқ инсонларда учрашига сабабчи бўлади. Инсонларда турли даражада когнитив фаолият бузилишлари юзага келиши ҳисобига ақлий меҳнат фаолияти сустлашади ва бундай инсонлар жамиятда ўз ўрнини топишида қийинликлар юзага келади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ

*Ходжиматов У.Ж., Абдукадиров У.Т., Максудова Д.Ю., Мамасолиев Ш.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Синдром Гийена-Барре — это аутоиммунное заболевание, проявляющееся острой воспалительной полирадикулоневропатией, протекающей вялыми парезами, а иногда параличами, нарушениями чувствительности и вегетативными расстройствами.

Несмотря на глубокое изучение этого заболевания, ещё далеко недостаточно разработаны принципы и алгоритмы его диагностирования и лечения. Тем не менее, с каждым годом заболеваемость не уменьшается, а с улучшением диагностики ещё больше больных регистрируются и нуждаются в интенсивном лечении и наблюдении.

Цель работы. Оценка эффективности применения мембранного плазмафереза у больных синдромом Гийена-Барре.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных, госпитализированных в Андижанский филиал РНЦЭМП и клиники АГМИ в 2008-2015 гг. в возрасте от 12 до 65 лет, среди которых мужчин - 38 (59,4 %), женщин- 26 (40,6 %). В основном наблюдался демиелинизирующий тип заболевания 59 (92,2 %), а у 5 (7,8 %) больных определен аксональный вариант синдрома. Всех больных по тяжести течения разделили на две группы: средние - тяжёлые и тяжёлые. Наряду с назначением человеческого иммуноглобулина-G и традиционным методом лечения, средние - тяжёлым больным провели от 1 до 3 сеансов мембранного плазмафереза, а тяжёлым больным - от 3 до 5 сеансов. Группу сравнения составили 35 больных, поступивших в 2001-2010 гг., которые получили традиционные методы лечения, т.е. без процедуры мембранного плазмафереза. Мембранный плазмаферез проводили с заменой плазмы пациента, с учётом общего белка больного на кристалло-коллоидные растворы, свежесмороженную донорскую плазму и альбумин, со средним объемом плазмаэкстракции от 600 до 1000 мл на каждую процедуру. При этом следует отметить, что более удовлетворительные результаты были получены у больных, которым процедура плазмафереза произведена в более ранней стадии начала болезни. Плазмаферез выполнялся непрерывным методом с использованием аппарата «Hemofenix» и фильтра ПФМ-01-ТТ, «Роса».

Критериями оценки тяжести состояния и эффективности проведённого лечения являлись: Улучшение неврологической симптоматики (уменьшение парезов и параличей).

1. Снижение симптоматики парестезии.
2. Восстановление функции вегетативной нервной системы (нормализация А/Д, пульса и др.).
3. Восстановление спонтанного дыхания (у крайне тяжёлых больных).

Результаты. У всех госпитализированных больных на момент начала интенсивной терапии отмечались парестезии, парезы и параличи в разной степени интенсивности, клиника нарушений вегетативной нервной системы и угнетении дыхания. Динамическое наблюдение за основной группой пострадавших позволяет отметить безусловный клинический эффект от применения мембранного плазмафереза.

У всех больных, получивших сеансы мембранного плазмафереза, улучшение клинических проявлений на 70-75 % отмечались: парезов и параличей - 16,2+1,7, парестезий - 14,5+1,5, функции ВНС- 13,4+1,4, восстановление спонтанного дыхания у крайне тяжёлых больных- 11,5+1,5 суток. В группе сравнения улучшение клинических проявлений на 70-75 % отмечались: парезов и параличей- 23,8+1,3 суток, парестезий- 19,4+1,7, функции ВНС- 17,8+1,3, восстановление спонтанной дыхании-15,7+1,2 суток. Летальность в группе наблюдаемых больных составила 2 (3,1%), а в группе сравнения 5 (14,3%).

Вывод. Комплексное лечение синдрома Гийена-Барре с применением сеансов мембранного плазмафереза является методом выбора при данной тяжелой патологии, так как его применение значительно сокращает сроки восстановления неврологических расстройств, пребывания в ОРИТ и стационаре, предотвращает инвалидность и резко снижает летальность.

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хожиматова Г.М., Хажиматов Р.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Коронавирусы (*Coronaviridae*) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней тяжести.

Специфическая профилактика коронавирусной инфекции. В настоящее время средства специфической профилактики коронавирусной инфекции находятся в стадии разработки.

Неспецифическая профилактика коронавирусной инфекции. Мероприятия по предупреждению завоза и распространения 2019-nCoV на территорию Республики Узбекистан регламентированы Постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Узбекистан от 14.03.2020 №4 «О мероприятиях по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV».

Неспецифическая профилактика представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции, и проводится в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным).

Мероприятия в отношении источника инфекции: изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара, использование масок у больных, которые должны сменяться каждые 2 часа, транспортировка больных специальным транспортом, соблюдение больными кашлевой гигиены, использование одноразового медицинского инструментария.

Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя инфекции: мытье рук, использование медицинских масок, использование спецодежды для медработников, проведение дезинфекционных мероприятий, обеспечение обеззараживания воздуха, утилизация отходов класса В.

Мероприятия, направленные на восприимчивый контингент:

1). Элиминационная терапия, представляющая собой орошение слизистой оболочки полости носа изотоническим раствором хлорида натрия, обеспечивает снижение числа как вирусных, так бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний, и может быть рекомендована для неспецифической профилактики. 2) Использование лекарственных средств, обладающих барьерными функциями, для местного применения. Список рекомендуемых препаратов для профилактики. 3) Своевременное обращение в лечебные учреждения за медицинской помощью в случае

появления симптомов острой респираторной инфекции является одним из ключевых факторов профилактики осложнений.

Медикаментозная профилактика коронавирусной инфекции. Использование медикаментозных средств неспецифической профилактики 2019-nCoV инфекции направлено на снижение вероятности заболевания или степени его выраженности у потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным). Экстренная медикаментозная профилактика коронавирусной инфекции подразумевает назначение лекарственных средств, оказывающих неспецифическое противовирусное действие. Оно показано всем лицам, контактировавшим с больными с подтвержденной или предполагаемой 2019-nCoV инфекцией.

Медикаментозная профилактика коронавирусной инфекции проводится в первые 48 часов контакта с больным. Сроки назначения медикаментозной профилактики коронавирусной инфекции устанавливаются в пределах предполагаемого инкубационного периода (14 суток) с момента последнего контакта с источником инфекции. Назначение с профилактической целью лекарственных средств должно проводиться строго по назначению врача и под его контролем. Показано назначение лекарственных средств, разрешенных к применению в установленном порядке на территории Республики Узбекистан.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ О ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Холбоев С.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Остеопороз — системное заболевание, которое характеризуется снижением плотности и ухудшением качества кости и сопровождается повышением риска возникновения переломов. Распространенность остеопороза среди населения Узбекистана составляет около 10%, а в возрастной группе старше 50 лет увеличивается до 25-35%.

К тяжелым осложнениям остеопороза относятся в первую очередь переломы позвонков и бедренной кости, что может явиться причиной тяжелой инвалидизации и смертности у лиц пожилого возраста. Для предупреждения возникновения этих осложнений, необходимы мероприятия по профилактике, раннему выявлению и своевременному лечению этого заболевания. Поскольку 80% населения впервые обращается за медицинской помощью именно в учреждения первичной медико-санитарной помощи, роль врачей, работающих в амбулаторном звене здравоохранения в профилактике и раннем выявлении этого заболевания, достаточно высока. В связи с этим было проведено исследование по оценке осведомленности врачей общей практики о проблеме остеопороза, являющейся актуальной особенно для пожилых пациентов.

Цель исследования: целью исследования была оценка информированности врачей общей практики о вопросах, касающихся эпидемиологии, диагностики и лечения остеопороза.

Материал и методы: Было проведено базисное тестирование 72 семейных врачей обучавшихся на кафедре ФПДО Врача общей практики/семейной медицины Самаркандского Медицинского Института. Тесты представляли собой вопросы множественного выбора с пятью вариантами ответов, один из которых являлся правильным. Вопросы касались распространенности остеопороза среди населения Узбекистана, факторов риска, принципов диагностики, профилактики и лечения остеопороза. Всего было включено 10 вопросов. Тестирование было анонимным, однако врачей-слушателей просили указать их пол, возраст, должность, место работы, стаж работы. Среди опрошенных врачей мужчины составили 35,2%, женщины — 64,8%. Средний возраст составлял 42,8 года (95% ДИ 40,02-45,58). Средний стаж составлял 18 лет (95% ДИ 15,5-20,5), стаж по специальности «общая врачебная практика/семейная медицина» — 7,8 года (95% ДИ 6,5-9,2).

Результаты исследования: 9,7% опрошенных (7 врачей из 72) не дали правильного ответа ни на один вопрос. Максимальное число правильных ответов (7 из 10) дал один слушатель (1,4%), еще 3 человека (5,6%) правильно ответили на 6 вопросов из представленных 10. Выяснилось, что многие врачи общей практики не знают, какова распространенность остеопороза: примерно одна треть опрошенных врачей считала, что распространенность остеопороза в возрастной группе старше 50 лет составляет менее 20%.

Осведомленность о факторах риска остеопороза была достаточно высокой, однако выделить факторы с высокой степенью доказательности

(курение, низкий индекс массы тела) смогли менее половины опрошенных. Информированность врачей общей практики о методах диагностики остеопороза оценивали с помощью вопроса «Какой метод визуализации состояния костной ткани является «золотым стандартом» в диагностике остеопороза?». Правильный ответ - денситометрию выбрали 47% слушателей. 21% опрошенных отметили количественную компьютерную томографию. Однако следует отметить, что 13% слушателей выбрали для диагностики остеопороза стандартную рентгенографию.

На вопрос «Какие переломы являются самыми частыми при остеопорозе?» 64% врачей ответили, что это переломы бедренной кости, тогда как правильный ответ (переломы позвонков) выбрали только 22% слушателей.

Из вариантов ответов на вопрос об основных клинических проявлениях остеопороза 40% врачей выбрали боль в метафизарных областях длинных трубчатых костей, а 32% респондентов — боль в позвоночнике, не зависящую от положения тела. Правильный ответ (боль в позвоночнике в положении стоя) отметили только 15% врачей. Меньше всего правильных ответов было получено на вопрос «что такое FRAX?». Только 6 врачей (8%) указали, что это инструмент для оценки риска остеопоротических переломов. На вопрос о дозах кальция и витамина d, рекомендуемых для профилактики остеопороза в пожилом возрасте, правильно ответили 49% респондентов. Только 17% врачей отметили, что в качестве основы программы физических тренировок для профилактики остеопороза рекомендуются упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и упражнения на тренировку равновесия. Последующий анализ данных опроса не выявил зависимости числа правильных ответов от пола, возраста, стажа, занимаемой должности и

места работы.

Выводы: Врачи общей практики должны иметь настороженность в отношении остеопороза, особенно у больных старших возрастных групп, которые относятся к группам риска по возникновению этого заболевания.

В настоящее время, как показало проведенное исследование, информированность семейных врачей в вопросах диагностики, профилактики и лечения остеопороза недостаточна.

Это является основанием для выделения данной темы в отдельный блок учебной программы на всех циклах обучения врачей общей практики в рамках преподавания гериатрии, включая циклы профессиональной переподготовки, а также для разработки и проведения отдельных циклов тематического усовершенствования по проблеме остеопороза.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (В ПРИМЕРЕ РЕТРОАНАЛИЗА ПРОСПЕКТИВНЫХ НАБЛЮДЕНИЯ)

*Холикова Н.А., Мамасалиев Н.С., Исмоилов И.И., Мамасолиев З.Н.
АндГосМИ*

Цель исследования – поиск путей оптимизации ведения больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с учетом некоторых элементов метеопогодных условий Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы – обследованы репрезентативные выборки неорганизованного населения гг. Андижана и Намангана (3272 чел). Использовались эпидемиологические, клиникометеорологические и инструментальные исследования в диагностике ХОБЛ. Регистрировались соотношения частоты обострений ХОБЛ с учетом колебаний относительной влажности воздуха (ОВВ) двух регионов Ферганской долины.

Результаты и выводы: было отмечено, что уровень обострений ХОБЛ в регионах Андижана и Намангана долины нарастает в зависимости от выраженности ОВВ – от наименьших значений у населения без наличия данного отрицательного фактора к наибольшим – у населения, находящегося под воздействием высоких уровней ОВВ.

Так, при разных уровнях ОВВ в исследованном регионе ХОБЛ регистрировались со следующей разницей: при $ОВВ \leq 46\%$ - 10,2%, при $ОВВ = 47 - 55\%$ - 12,8%, при $ОВВ = 56 - 64\%$ - 13,3%, при интервале колебаний влажности воздуха от 65 до 73% - 11,8%, при 74-82 – 15,7%, при 83-91 – 19,3%, при 92-100 – 16,9%. Следовательно, по данным клиникометеорологического мониторинга распространенность ХОБЛ имеет прямую корреляционную связь с общим уровнем и колебаниями ОВВ, являющимися наиболее прогностически неблагоприятным фактором развития обструктивной болезни легких ($p < 0,01$). Кроме того, среди населения этих регионов регистрируются также следующие приоритетные факторы риска ХОБЛ, как многодетность (50,2%), микроэлементозы (24,7%), артериальная гипертензия (19,4%) липидные нарушения (19,3%) избыточная масса тела (13,7%), низкая физическая активность (12,3%), низкий образовательный статус (9,5%), нарушение питания (9,1%); довольно меньшей частотой выявляется употребление алкоголя и курение.

Таким образом, следует подчеркнуть, что эффективная популяционная профилактика и соответствующее ведение больных с ХОБЛ в климатических и “специфических эпидемиологических условиях” гг. Намангана и Андижана требует продолжения по профилактическому воздействию на эпидусловий и максимальному нивелированию не только эпидемиологических, но и управляемых климатоэкологических факторов риска.

НАРКОМАНИЯ – РЕАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ В СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

*Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Халикова Н.А., Курбонова Р.Р.
АндГосМИ*

Хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ), в том числе железодефицитные состояния (ЖДС) и связанные с ним «конечные точки» в настоящее время объясняются исходя из «концепции факторов риска» Факторы риска – это поведенческие характеристики или биологические параметры организма человека, которые связаны с повышенной вероятностью развития ХНЗ/ЖДС или «конечных точек» от них.

Цель исследования – изучение распространенности патогенных биологических параметров факторов риска (ФР) в донозологической стадии ЖДС у наркоманов.

Материалы и методы: сформирована репрезентативная группа наркоманов (589 чел.) и среди них осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование ФР ЖДС диагностировались по критериям ВОЗ (2000).

Результаты и выводы: существует реальная опасность резкого роста частоты распространенности ФР ЖДС под влиянием наркоситуации. Так, было отмечено, что 81,7% наркоман – популяция имеют нарушение характера питания и у 79,6% определяется нарушение ритма питания ($p < 0,05$). Многие модифицируемые ФР (низкое потребление овощей и фруктов, злоупотребление алкоголем) в старших возрастных группах на фоне наркотизации формируются более чем семикратным увеличением ($p < 0,001$). Влияемость низкой физической активности и артериальной гипертензии также характеризуются значительным возрастанием в 5 раз ($p < 0,001$) и 3,6 раз ($p < 0,001$) у наркоманов в возрастном диапазоне 40-49 лет. У наркоманов достаточно высокой распространенностью выявляются и других общие факторы риска: курения – с увеличением до 71,8% ($p < 0,001$), дислипидемия – с частотой до 75,7% ($p < 0,001$) и нарушение толерантности (с увеличением в 8,2 раза; $p < 0,001$).

У наркоманов в донозологической стадии ЖДС “патогенная среда” в отношении анемий формируются – в 33,7% случаев в связи с алиментарными факторами и в 71,7% случаев за счёт модифицируемых ФР.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при наркомании ускоряется процесс формирования неблагоприятных (рискованных) эпидемиологических условий за счёт патогенных биологических параметров организма в отношении ЖДС.

ПРИОРИТЕТЫ В ИНТЕГРАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

*Холикова Н.А., Мамасалиев Н.С., Усмонова Ф.Т., Мамасолиев З.Н.
АндГосМИ*

Современные исследователи отмечают, что популяционная профилактика является одной из значимых эффективных технологий по уменьшению терапевтического континуума в первичном звене здравоохранения. Наше многолетнее наблюдение также подтвердили, что она, безусловно, представляет собой интерес для Ферганской долины Узбекистана.

Цель исследования – определение путей интеграции профилактической и лечебной помощи населению в первичном здравоохранении Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы – эпидемиологические исследования проводились на репрезентативной выборке – 3272 женщин репродуктивного возраста. Применялись рекомендации ВОЗ.

Результаты и выводы: за последние годы факторы риска основных хронических неинфекционных заболеваний в условиях Ферганской долины выявлялись существенным увеличением: дислипидемии – на 6,1%, факторов питания – на 3,4%, микроэлементозов – на 10%, плохих жилищно – бытовых условий – на 0,5%, тяжелого физического труда – на 0,6%, многодетность – на 18,4%, низкого образовательного статуса – на 4,7%, артериальной гипертензии – на 17,3%, избыточной массы тела – на 5,8% и гиподинамии – на 5,9%. В связи с такой эволюцией факторов риска за 9-летний изучаемый период в наблюдаемой популяции произошло также возрастание случаев распространенности неинфекционных заболеваний на 5,0%. Наиболее интенсивный рост заболеваемости отмечается в возрастных диапазонах 20-29, 30-39 и 40-49 лет. Также было отмечено, что шанс обнаружения неинфекционных заболеваний и их факторов риска достоверно выше при повышенного атмосферного давления, относительной влажности воздуха, высокого термического режима и продолжительной солнечной радиации. Коррекция отмеченных неблагоприятных эпидемиологических и метеорологических условий приводит к снижению прогрессирования неинфекционных патологий и уменьшению частоты континуума, связанных от этих патологий. Наши данные ближе к данным Российских исследователей, где подтверждаются что благодаря интеграции профилактической и лечебной помощи удалось снижение смертности среди мужчин на 3,5%, у женщин – на 2,1%. Смертность от инсультов и инфаркта миокарде за последние 10 лет уменьшились в два раза (21.04.2020г.)

СИЛ БИЛАН БИРГА КЕЧГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИ ҚАЙД ЭТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ВИТАМИН D ЭТИШМОВЧИЛИГИНИНГ МИҚДОРИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ

Холматова Г.А., Халимова З.Ю.

Андижон давлат тиббиёт институти, Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги: Қандли диабет ва сил дунёдаги энг хавфли эпидемия ҳисобланади. Одамлар диабетдан азият чекишади ва силга мойил бўлишади. Маълумки, диабет иммунологик реакцияга қарши бориб, юқумли касалликлар, жумладан сил микробактериялари билан инфекция ривожланишига сабаб бўлади (ZhangX., 2015 г.). Сил ноинфекцион касалликлари орасида ўлим ҳолатларининг учинчи сабаби бўлиб, қандли диабет ҳам ушбу касалликлар орасида энг муҳим омиллардан бири ҳисобланади (Syal K., 2014).

Қандли диабет ва сил касалликлари ўртасидаги боғлиқлик қўплаб тадқиқотлар объекти ҳисоблансада, бу икки касаллик ўртасидаги боғлиқлик охиригача тўлиқ аниқланмаган. Бир неча ўн йилликлар давомида ўтказилган текширувлар D витамини танқис бўлган беморларда D витамини даражаси нормада бўлган шахсларга нисбатан сил касаллигининг фаол ривожланиш хавфи юқорилигини кўрсатган [ZengJ, etall., 2015].

Тандем масса-спектрометриядан фойдаланиб Хитойнинг шахар туманларида ўтказилган кичик тадқиқотлар кўрсатишича, сил касаллиги билан касалланган беморлар, сил ва предиабет, қандли диабет ҳамда силга чалинган беморлар орасида D витамини даражасида турлича тафовутлар аниқланган [ZhanY, etall., 2015].

Тадқиқот мақсади – Сил билан бирга кечган қандли диабетнинг 2-тури қайд этилган беморларда витамин D этишмовчилигининг миқдорий ўзгаришларини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Кузатувимизда 48 нафар бемор бўлиб, улар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳга сил ҳамда қандли диабет билан оғирган беморлар киритилиб, асосий гуруҳни (n=36) ташкил қилди, 2-гуруҳга эса фақат сил билан хасталанган беморлар назорат гуруҳига (n=12) олинди.

Текширув усулларида умумий клиник ва биокимёвий текширувлардан: қондаги глюкоза, гликозириланган гемоглобин, коагулограмма, липид спектр, D витаминининг миқдори ўрганилди. Қоннинг гормонал текширувларидан – инсулин, С-пептид аниқланди. Соматик ҳолатни кўрсаткичларни аниқлаш учун: бўйи, вазни, тана вазни индекси, бел айланаси/сон айланаси мутаносиблиги аниқланди. Инструментал текширувлардан: электрокардиограмма, ички аъзолар ультра товуш текшируви, рентген текширувларини ўтқиздик.

Тадқиқот натижалари. Биринчи гуруҳни 17 нафар эркак ва 19 нафар аёллар ташкил қилиб, уларнинг ўртача ёши $54,4 \pm 2,2/55,5 \pm 1,7$ (э/а) га тенг. Эркакларда қандли диабет давомийлиги $6,8 \pm 1,4$ йил, аёлларда $4,6 \pm 0,7$ йил атрофида бўлган. Сил касаллигининг давомийлиги эркакларда $1,8 \pm 0,3$ йил, аёлларда $1,9 \pm 0,2$ йилни ташкил қилди. 1-гуруҳ беморларида HbA1C ўртача миқдори $8,9 \pm 0,50/9,9 \pm 0,51$ % атрофида, глюкоза $10,6 \pm 0,61/15,0 \pm 0,82$ ммоль/л ни ташкил

килады. Инсулиннинг ўртача даражаси $11,3 \pm 2,09/11,7 \pm 2,2$ мкЕд/мл, D витаминининг микдори $13,1 \pm 2,1/11,1 \pm 3,08$ нг/мл атрофида (нормада 30-100 нг/мл) кузатилган.

Иккинчи гуруҳни 9 нафар эркак ва 3 нафар аёл ташкил қилиб, уларнинг ўртача ёши $49,5 \pm 5,2/45,0 \pm 8,0$ ташкил қилди. Бу гуруҳда сил касаллигининг давомийлиги $1,8 \pm 0,4/1,0 \pm 0,2$ йилни ташкил қилди. 2-гуруҳ беморларида HbA1C ўртача микдори $4,1 \pm 0,2/4,9 \pm 0,7$ % атрофида, глюкоза эса $5,1 \pm 0,1/5,8 \pm 0,4$ ммоль/л ни ташкил қилди. Инсулиннинг ўртача даражаси $9,8 \pm 1,9/12,3 \pm 1,3$ мкЕд/мл, D витамини микдори $14,5 \pm 1,4/11,6 \pm 1,7$ нг/мл ге тенг (норма 30-100 нг/мл).

Хулоса. Ҳар икки гуруҳ беморлари қонида D витамининг ўртача микдори сезиларли даражада камайган ($p < 0,001$), айниқса асосий гуруҳимизда (қандли диабет 2 тур ва сил билан оғриган беморлар гуруҳи) D витамини етишмовчилиги яққолроқ ифодаланди.

СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ВИТАМИНА В12 И ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Холматова Г.А., Халимова З.Ю., Юсупова Ш.К., Камолдинов Р.К., Мухамедова В.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. На самых ранних стадиях туберкулезного процесса в организме происходит сложная перестройка деятельности различных органов и систем, направленная на поддержание постоянства его внутренней среды и обеспечение защиты от инфекции. По мере прогрессирования болезни развиваются функциональные и морфологические изменения, дезорганизующие жизнедеятельность организма, отягощающие течение патологического процесса и препятствующие излечению больного.

Длительное применение антибактериальных препаратов также ведет к резкому нарушению витаминного обмена, что объясняется угнетающим их действием на микрофлору кишечника, принимающую участие в синтезе витаминов. Токсемия и лекарственные средства вызывают также нарушение клеточного обмена, в результате чего организм больного человека не может полностью использовать витамины.

Наиболее резко нарушаются синтез и обмен витаминов группы В и С. Особенно падает уровень витаминов В₁ В₆, С, РР, а при хронических формах туберкулеза — В₁₅ и В₁₂. Важно прежде всего достаточное введение витаминов с пищей, а также в виде отдельных препаратов или витаминных комплексов.

Приведенные данные о взаимосвязи СД и дефицита витамина D не только расширяют имеющиеся на сегодняшний день представления о механизмах патогенеза СД2 и ДН, но и создают предпосылки для новых исследований, направленных на предупреждение развития и прогрессирования хронических осложнений диабета с использованием препаратов витамина D.

Витамин D участвует в защитной функции организма и предотвращает возникновение аутоиммунных заболеваний: сахарный диабет, рассеянный склероз, болезнь Крона, ревматоидный артрит и др. Запасы витамина D в первые 10 лет жизни человека очень важны для профилактики этих болезней. Европейские учёные провели новое исследование в области эндокринологии.

Употребление витамина D может повысить чувствительность к инсулину у диабетиков 2 типа. 96 случайных пациентов получали 5000 международных единиц (МЕ) витамина D ежедневно в течение 6 месяцев. У людей с недавно диагностированным диабетом 2 типа, приём витамина повысил восприимчивость периферических тканей к инсулину и функцию бета-клеток (понижающих глюкозу в крови). Предполагается, что этот процесс замедляет нарушения обмена веществ.

В₁₂ — принимает участие в кроветворении, синтезе оболочек нервных клеток, предупреждает возникновение жирового перерождения печени. Из-за дефицита фолиевой кислоты в организме диабетика нарушаются многие биохимические процессы.

Цель исследования. Изучить состояния гомеостаза за витамина в₁₂ и д больных сахарным диабетом 2 типа, ассоциированных туберкулезом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 320 пациентов в возрасте от 40 до 52 лет (средний возраст — $46,1 \pm 4,5$ года), длительно проживающих в Андижанской области.

Результаты исследования. В соответствии с результатами данной работы на фоне применения витамина D также наблюдалось:

- Отсутствие улучшения гликемических параметров;
- Отсутствие улучшений показателей липидного спектра;
- Отсутствие изменений значений САД ;
- Незначительное увеличение показателя сыровоточного 25(OH)D.
- Все результаты согласуются с данными предыдущих исследований:

В исследовании с участием 320 женщин в возрасте старше 40 лет на фоне приема 400 МЕ витамина + 500 кальция в день в течение 6 месяцев по сравнению с плацебо значимых изменений в мышечной силе или функциональной подвижности не было. Наше исследование отличается тем, что в нем принимали участие женщины с диабетом, а также применялись более высокие дозы витамина D.

В исследованиях на молодых здоровых женщинах прием витамина D не приводил к повышению мышечной силы кисти или улучшению качества жизни (60,000 МЕ дважды в месяц в течение 4 месяцев, а затем 60,000 МЕ/нед в течение 8 недель). В тоже время в другом исследовании положительное воздействие на мышечную силу было доказано при приеме витамина D как в дозировке 2000МЕ/сут, так и 5000МЕ/сут в течение 3 месяцев.

Возможно, подобная разница в результатах связана с продолжительностью перерыва между приемами витамина D.

Особого внимания заслуживает незначительное увеличение показателя сыровоточного 25(OH)D. Подобное наблюдение полностью соответствует результатам других исследований, показавшим, что прием витамина D может

иметь удовлетворительный клинический эффект, без существенного изменения лабораторных показателей. Вероятно, значимого повышения 25(OH)D удастся добиться при повышении дозы.

Витамин B12 (цианкобаламин) благоприятно влияет на углеводный и липидный обмен и обладает антианемическими свойствами. Показан при нарушении функции печени, при сочетании туберкулеза с сахарным диабетом, гепатитами, язвенной болезнью, при нарастающей анемии. Применяется внутримышечно по 200—300 мкг 2—3 раза в неделю.

Оказывается, витамин D облегчает воспалительную реакцию, связанную с инфекцией туберкулеза, и сокращают ее наличие в легких, что позволяет белым клеткам лечить инфекцию эффективнее. Этот эффект помогает организму естественным образом избавиться от туберкулеза быстрее, чем только при применении лекарств, сокращая период протекания инфекции с 36 до 23 дней в среднем.

Выводы. Учитывая широкую распространенность СД2 и ДН, а также социальную значимость последствий данного осложнения, представляется важным изучение новых факторов, определяющих развитие и прогрессирование заболевания. Результаты исследований позволяют рассматривать дефицит витамина D как самостоятельный фактор риска развития не только СД, но и его осложнений. Приведенные данные о взаимосвязи СД и дефицита витамина D не только расширяют имеющиеся на сегодняшний день представления о механизмах патогенеза СД2 и ДН, но и создают предпосылки для новых исследований, направленных на предупреждение развития и прогрессирования хронических осложнений диабета с использованием препаратов витамина D.

Таким образом, отсутствие, дефицит или избыток витамина B12, обладающего антиоксидантными свойствами, модифицирует липидпероксидацию в тромбоцитах – клетках, синтезирующих (и депонирующих) некоторые факторы, способные инициировать гиперкоагулемию, ускорять внутрисосудистое свертывание крови и снижать способность организма реагировать на тромбин и на воздействия, ускоряющие его образование.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНЫЙ РЕФЛЮКС У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Худайбердиев Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Оптимизировать лечение дуоденогастральный рефлюкс у больных оперированных по поводу резекции желудка, гастроэнтеростомии, энтеростомии, ваготомии, холецистэктомии, колопроктологических анастомозах.

Материал и методы исследования: В исследование включили 43 «Д» больных, 14 мужчин и 29 женщин в возрасте от 36 до 67 лет (средний 44,2±8,7 года), длительность послеоперационного периода колебалась от 3 до 17 лет (средняя 11,6±3,4 года), у 34 (88,4%) зарегистрирована избыточная масса тела (индекс массы тела – ИМТ – превышал 25 кг/м² до 29 кг/м²), придерживались лишь диетотерапии. Исследование проводилось Клинике АГМИ, совместно семейной поликлиники г.Андижана.

Наиболее частыми жалобы больных были неприятные боли в области операции, отрыжка горьким вкусом, ощущение горечи во рту, запоры. Астенический синдром (нарушение сна, повышенная утомляемость, слабость) отмечен в 49,5% случаев, потеря аппетита 73,5%. При осмотре телеангиоэктазии, расчесы, пальмарная эритема не были выявлены ни в одном случае. Обложенность языка налетом обнаружено у 35(90,6%), болезненность при пальпации живота в области операции и правого подреберья отмечалась у 31 (72%) больного. Для диагностики дуоденогастрозофагального рефлюкса использовали эндоскопию и многочасовой мониторинг pH пищевода. В качестве улучшения традиционного лечения мы добавили препараты урсodeзоксиколовой кислоты для устранения желчного рефлюкса

Результаты: Полный трёх месячный курс терапии препаратами урсodeзоксиколовой кислоты закончили все 43 пациента. В результате курсового приема урсodeзоксиколовая кислоты у всех без исключения пациентов отмечено субъективное улучшение самочувствия. У 12 из 17 человек исчез астенический синдром, у 38 (88,4%) уменьшилось или сгладилось ощущение тяжести в области операции и правом подреберье, у 34 (79%) купировались диспепсические жалобы. В общем анализе крови динамики не наблюдали (исходно показатели были в пределах нормы). При анализе биохимических параметров крови выявлено снижение или нормализация активности сывороточных трансаминаз. По данным ультразвуковой холецистографии, сократительная функция желчного пузыря нормализовалась в 72,1% случаев, а у 12 пациентов гипомоторная дискинезия заметно уменьшилась по сравнению с начальными показателями. Допплерография портального кровотока не претерпела существенной динамики. Нормализация стула наблюдались у 24 из 31 больного страдавшего запорами, урсodeзоксиколовой кислоты оправдал те надежды, которые возлагали на него участники (и врачи, и больные) представленного клинического исследование. При лечении урсodeзоксиколовой кислотой у наблюдаемых больных в полностью исчезли отрыжка горьким вкусом, неприятные ощущения в животе, рвота желчью. В наших исследованиях показали, что при желчном рефлюксе оптимальной дозой урсodeзоксиколовой кислоты следует считать 500 мг в день (по 250 мг в 2 приема) после еды. Курс лечения желчного рефлюкса у оперированных должен составлять не менее трёх месяцев.

Заключение: Таким образом, проведенное исследование показало, что переносимость препараты урсodeзоксиколовая кислота хорошая, аллергических реакций на прием зарегистрировано не было. По нашим мнению, базисная терапия заболеваний, сопровождающихся желчным рефлюксом, у оперированных по поводу заболевание желудочно-кишечного тракта должна включать препарат патогенетической направленности – производные урсodeзоксиколовая кислота.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Худайбердиева М.Ж., Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Султонов Г.И., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Ухудшение социально-эпидемиологических показателей по туберкулезу, неудовлетворенность в части случаев исходами хирургического лечения туберкулеза мочевого пузыря (МВС) требуют тщательного научного анализа результатов операций. Известная неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, негативные социальные сдвиги в стране, изменение свойств возбудителя туберкулеза, безусловно, должны изменить представления о своевременности и адекватности хирургического лечения туберкулеза МВС.

В существующих литературных источниках не находят отражения данные о динамике клинко-рентгенологических форм заболевания за последние десятилетия, а также о влиянии произошедших изменений на выбор характера оперативного лечения в современных эпидемиологических условиях. Знание этих особенностей способствовало бы раннему выявлению заболевания и проведению своевременного адекватного лечения.

Цель исследования. Совершенствование лечения туберкулеза почек у больных пожилого возраста путем изучения особенностей клинического течения заболевания в современных условиях, снижения инвазивности оперативного доступа при нефрэктомии и оптимизации послеоперационной химиотерапии.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужило изучение результатов хирургического лечения 252 больных, оперированных в отделении фтизиоурологии АОФД. Среди всех подвергнутых хирургическому лечению было 132 (52,4%) мужчин и 120 (47,6%) женщин в возрасте от 18 до 77 ($51,8 \pm 0,8$) лет.

Клинко-рентгенологические особенности нефротуберкулеза в зависимости от возраста изучены у 144 больных 41-60 ($50,7 \pm 0,4$) лет и у 57 - старше 60 ($68,0 \pm 0,7$) лет. Для анализа состояния почек и мочеточников использовано понятие почечно-мочеточниковой единицы (ПМЕ) - renal units, соответствующей 1 функционирующей почке и 1 мочеточнику.

Результаты исследования. Нефротуберкулез на современном этапе характеризуется ростом удельного веса лиц пожилого возраста среди заболевших. Этой категории больных присуща высокая частота генерализованных поражений с вовлечением мочевыводящих путей и обеих почек, числа сопутствующих заболеваний, прогрессированием ХПН, что затрудняет применение хирургического лечения и требует внедрения щадящих оперативных доступов к почке.

Нефрэктомия у больных туберкулезом мочевого пузыря системы пожилого возраста выполняется существенно чаще, чем у более молодого контингента, что связано с преобладанием в структуре специфических поражений почек поздних деструктивных форм.

Удаление почки по поводу туберкулеза у больных пожилого возраста межмышечным доступом в сравнении с традиционным люмботомическим отличается существенно меньшей кровопотерей, отсутствием раневых осложнений, позволяет более чем в 2 раза уменьшить потребность в анальгетиках в ближайшем послеоперационном периоде.

Интенсивная химиотерапия деструктивного нефротуберкулеза тремя или четырьмя препаратами приводит к санации пораженного органа у 64,4% и 60,6% больных соответственно, не избавляя при этом почку от гибели, что не исключает возможность нефрэктомии на ранних этапах лечения.

Обнаружение активного туберкулеза почки при патоморфологическом исследовании после ее удаления диктует необходимость продолжения интенсивной фазы противотуберкулезной терапии, при отсутствии морфологических признаков активности следует проводить лечение в режиме фазы продолжения.

Вывод. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют об увеличении среди больных нефротуберкулезом лиц пожилого возраста, что диктует необходимость более пристального внимания к данному контингенту пациентов при подозрении на туберкулез органов мочевого пузыря системы. Доказано, что при удалении почки у фтизиоурологических больных пожилого возраста целесообразно использовать межмышечные доступы. Обосновано раннее выполнение нефрэктомии при деструктивном туберкулезе почки после проведения интенсивной фазы противотуберкулезной терапии.

ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ “КВАРТЕТИ”НИ ҚОП ШАРОИТИДА ТАШХИСЛАШ ВА ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

*Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзаблғи: Юрак-кон томир касалликларидан юзага келадиган ўлим ҳолатлари метаболик синдром компоненти бўлмаганда 4,11%ни, метаболик синдромнинг 1 та компоненти бўлганда 20,3%ни, 2 та компоненти бўлганда 32,14%, 3 та компоненти бўлганда 51,16%ни, 4 та компоненти бўлса 79,13% ни ташкил қилади. Фертил ёшидаги аёлларда бу муаммо тобора ортиб бормокда.

Мақсад: Андижон вилояти Шахрихон тумани ҚОП ҳудудига қарашли фертил ёшидаги аҳоли орасида метаболик синдром “квартети”ни ташхислаш ва самарали аралашув орқали тиббий хизмат сифатини 40%га яхшилаш.

Вазифалар:

- ҚОП ҳудудигаги фертил ёшидаги аҳолиси орасида метаболик синдром(МС) компонентларини тарқалишини аниқлаш,
- МС компонентларини тарқалишини фертил ёшига хос хусусиятларини ўрганиш
- Фертил ёшдаги аёлларда МС компонентларини ўзаро боғлиқлигини ўрганиш.
- Фертил ёшдаги аёлларда МС профилактикасига қаратилган тавсиялар ишлаб чиқиш

Материаллар ва методлар: Шахрихон тумани ҚОП ҳудудига олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида ҚОПнинг фертил ёшдаги 614 аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йули билан 62 та кишини ажратиб олдик.

Тасодифий танлаш йули билан ажратиб олинган фертил ёшдаги аёлларнинг ёши (15-49ёш) деярли ҳар хил бўлди. Танлаб олинган фертил ёшдаги аёлларда проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Текширувларимиз:

- Популяцион -эпидемиологик
- Клиник
- Биохимиявий
- Статистик-аналитик усуллардан фойдаланиб, олиб борилди.

Текширувимизда:

- Артериал қон босими ва пульс
- Тана вазни, ўтирган ва турган ҳолатдаги бўйи
- Кетле индекси $KI = \text{тана вазни} / (\text{бўй})^2$ формула орқали аниқланди
- Кўкрак кафаси, бел ва сон айланалари
- 12 та уланишдаги ЭКГ
- қон ва сийдикнинг умумий таҳлили
- қондаги қанд миқдори бажарилаётган иш услубига кўра уч қарра аниқланиши керак эди (аввал нахорда аниқланиб, 1 мг/кг миқдорда глюкоза порошоги берилади ва ундан сунг 1 ва 2 соатдан кейин аниқланади), бунинг имконияти бажарилганлиги сабабли қанд миқдорини фақат нахорда бир мартадан ҚОП имкониятларидан келиб чиқиб аниқладик. Қолганлари туман марказий тиббиёт бирлашма лабораториясида йўланмага асосан аниқланди ва олинган маълумотлар таҳлил қилинди.
- Қондаги липидлар фракцияси (липидлар фракциясини текширишда фақат умумий холестерин, триглицеридлар ва β- липопротеидлар) аниқланди.

Шунингдек, махсус сўровнома орқали кўкрак кафасидаги оғриқлар (Роузе анкетаси), бел соҳасидаги оғриқлар, зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. Қуйидагилардан фойдаланилди:

- Ростмер, тиббий тарози, сантиметрли лента
- Тонометр, фонендоскоп
- ЭКГ аппарати
- Шприц, пробиркалар, штатив, центрифуга
- Махсус сўровнома ва таклифнома

Натижа ва таҳлиллари: Маълумотлар йиғиш: Таҳлиллари шуни кўрсатадики, мазкур Шахрихон туман ҚОП ҳудудидаги фертил ёшдаги аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида МСнинг тарқалиши таъшишли эканлиги аниқланди. Бир компонентли 20та(50,0%), 2 компонентли 10та(25,0%) ташкил қилган бўлса, 3та компонентли 1та(4%), 4 та компонентли МС учрамади. Бу кузатувларда аниқланган муаммога ҚОП миқёсида зудлик билан чора тадбир қўллашни талаб қилади, ва ижобий натижа олиш имкони бор. ЖССТ клиник протоколларига асосланиб, ўтказилган аралашувлар эса ҚОП шароитида фертил ёшдаги аҳоли ёрдам олиш мумкинлиги, шароитлар яратилганлигини, узок туман марказига бориб, сарф харажати кўпайтиришга ҳожат йўқлигини кўрсатди. Аҳолига буклетлар тарқатилди, тиббий маданиятни тарғибот ишлари, соғлом овқатланиш, камҳаракатликка қарши чора тадбирлар олиб борилади, оммавий ахборот воситаларида чиқишлар уюштирилди. Бу соҳада аввало, ҚОП ходимларига ва улар орқали ҳудуд аҳолисига суҳбат, ҳамда маърузалар ўтказилди. УАШ тажрибасини узлуксиз ошириб бориши учун туман марказий бирлашмаси терапия бўлими ва Вилоят кардиология диспансери билан доимий алоқада бўлганлиги. ҚОПнинг ҳар бир вақти УАШ 10 ойлик курсида ўқиганлиги, ўрта ва кичик тиббиёт ходимларини, волонтерларни бу муаммо ечимига жалб этилганлиги кўрсаткичларни ижобий таъмонга ўзгаришига сабаб бўлди. Натижада, Хисса стандарти $50+50+100=200:3 = 66,6\%$ га; жараён кўрсаткичи 25%га, натижа кўрсаткичи $75+75+25=175:3=58,3\%$ га яхшиланди. Жами сифат кўрсаткичимиз $66,7+58,3+25=149:3 = 49,6\%$ га ўзгарди. Бу биз режалаштирган сифатни оширишни 6 ойдавомида 40%ли кўрсаткичдан юқори, 49,6%га яхшилашга эришдик.

Хулоса: Фертил ёшдаги аёлларда ўртасида МС келажакда яна кўпроқ тарқалиш хавфи бор.МС кампонентлари фертил ёшдаги аёлларни кенг қамрамоқда. МС фертил ёшдаги аёлларда ёшидан қатъий назар зарарлайди. Фертил ёшдаги аёллардаги МСга муваффақиятли аралашувда УАШ ЖССТ клиник протоколларини қўллаши катта роль ўйнаши мумкин.

Тавсия:

1. ҚОП шароитида МС билан фертил ёшдаги аёлларга УАШ кенг тушинтириш ишлари ўтказиши керак.
2. Метаболик синдром билан фертилёшдаги аёл беморлар, доимий “Д” назорати стандартлар асосида олиб борилиши керак.
3. Метаболик синдром билан беморлар тиббий кўрик натижалари тиббий ҳужжатларда тула ёритилиши керак.
4. ЖССТ клиник протоколлари ёрдамида МС билан фертил ёшдаги аёлларда профилактик чоралар қўллаш, доимий амбулатор номедикаментоз ва медикаментоз даво олишлари керак.

СКРИНИНГ ТЕКШИРУВЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ

Худойбердиев Ж.М.

Андижон Давлат Тиббиёт Институтини

Мавзунини асослаш: Ўзбекистонда тиббиётни ислох қилишнинг ижобий натижаларидан бири-болаликдан ногиронликка олиб келувчи туғма ва ирсий касалликлар кўрсаткичларини камайиши бўлди. Маълумки, туғма ва ирсий касалликлар профилактикаси III босқичда олиб борилади. I–босқичда репродуктив саломатлик, периконтрацепцион профилактика, доимий равишда TORCH – инфекцияларни ҳамда туғма патологияларни аниқлашни ўз ичига олган чора-тадбирлар мажмуаси қиради. II –босқичда 16-20 ҳафта ҳомиладорлик даврида ультратовуш текширувлари(УТТ) ўтказилади. III–босқичда постнатал чақоқларда ирсий касалликларни эрта аниқлаш чора-тадбирлари қўлланилади.

Максад ва вазифалар: 1.ҚВП шароитида болаликдан ногиронликка олиб келувчи туғма ва ирсий касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш ишлари сифатини яхшилаш. 2. Скрининг марказида умумий амалиёт шифокорлари малакасини ошириш бўйича ўқув соатлари ташкил қилиш. 3. Оила шифокори томонидан оила аъзоларини ирсий хасталиклар ва скрининг марказига йўлланма бериш бўйича ўқитиш ишларини яхшилаш.

Материал ва методлар: Бизнинг УАШларни малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси доцент-ўқитувчилари скрининг ишларини ҚВП ва оила поликлиникаларида амалга оширишни яхшилаш мақсадида Республика скрининг марказининг Андижон филиали билан ҳамкорлик ўрнатди. УАШларни тайёрлаш 10 ойлик программасига мувофиқ режа асосида скрининг марказида ўқув соатлари ўтказилди. Ўқув соатлари мобайнида курсантлар бевосита скрининг маркази фаолияти билан танишибгина қолмай, балки текширувларда бевосита иштирок этдилар.

Натижалар: Скрининг марказига умумий амалиёт ва оила шифокорлари томонидан юборилган ҳомиладорларни перинатал ультратовуш текширувидан ўтказиш 2008 йилда 3192та, 2009 йилда 6837та, 2010 йилда 8076та бўлиб, бунинг натижасида нуксонли ҳомиладорлиқни аниқлаштириш 2008 йилда 88та, 2009 йилда 135та, 2010 йилда 162та бўлган. Аниқланган нуксонли ҳомиладорликлар тўхтатилиб, ногирон бола туғилиши олди олинган. 2011 йил 9 ойлик мобайнида топилган 99та нуксонли ҳомиладорлик ҳолатлари таҳлил қилиб ўрганиб чиқилди. Юзага келган нуксонли ҳомиладорлик ҳолатларида хавф омилларининг 3-4 та ёки ундан ортиғи мавжудлиги аниқланди. Скрининг марказида неонатал скрининг 2008 йилда 48800та, 2009 йилда 50400та, 2010 йилда 52800та ўтказилган бўлиб, 2008 йилда 11та туғма гипотиреоз, 5 та фенилкетонурия, 2009 йилда 13та туғма гипотиреоз, 9та фенилкетонурия, 2010 йилда 17та туғма гипотиреоз, 3та фенилкетонурия аниқланган ва давлатимиз томонидан дори-дармонлар билан, масалан туғма гипотиреозда йодли препаратлар, фенилкетонурия ҳолатларида махсус овқат- “Гидролизат” бепул берилиб, диспансер назоратига олинган. Беморлар аҳоли динамикада яхшиланган.

Хулоса ва тавсиялар: 1.Туғма ва ирсий касалликлар профилактикасида умумий амалиёт шифокори ёки оила шифокори бевосита иштирок этиши лозим.

2.Ҳар бир оилани ва оила аъзоларини УАШ тўла ўрганиши ва бу унинг асосий вазифаларидан бири бўлиши зарур.

3.Оила шифокори оила шажарасини тузиши ва ўрганиши, шунингдек оилада наслнинг тозаллигига эришишда асосий роль ўйнаши мақсадга мувофиқдир. Чунки у биринчи бўлиб, оила аъзоларига ирсий хасталиклар ирсий ахборотларни наслдан наслга ташувчи генларнинг ўзгаришлари натижасида юзага келишини тушунтиради, зарур бўлса скрининг марказига йўлланма беради.

4.Бунинг натижасида умумий амалиёт шифокорларининг бевосита иштироки, уларнинг ўз ҳудудларида скрининг назорати ишларини самарадорлигини оширишда муҳим омил бўлади. Болаликдан ногиронликка олиб келувчи туғма ва ирсий касалликларни олдини олиш ишларида умумий амалиёт шифокори ва оила шифокорининг роли скрининг теширувлари самарадорлигининг ортиши ва болаликдан ногиронлиқнинг олди олиниши билан баҳоланади.

СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК ЛОРНОКСИКАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Худойбердиева М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – одна из наиболее широко применяемых групп лекарственных препаратов, большинство из которых за счет преимущественно обезболивающего эффекта относят к ненаркотическим анальгетикам. Более 30 млн. людей в мире ежедневно принимают НПВП, причем 40% этих пациентов – в возрасте старше 60 лет. Около 20% стационарных больных получают НПВП. Большая популярность этих препаратов объясняется тем, что они, оказывая противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие, приносят облегчение пациентам с симптомами (воспаление, боль, лихорадка), которые встречаются при многих заболеваниях.

Цель исследования. Лечение больных преследует 2 основные цели: уменьшение боли, которая является основным симптомом, и замедление повреждающего процесса. Механизм противовоспалительного действия НПВП обусловлен ингибированием биосинтеза PgE2 и PgI2 в очаге воспаления за счет нековалентного связывания с ЦОГ. Анальгетический эффект выражен в основном на периферии и связан со снижением чувствительности ноцицептивной системы к брадикинину, т. к. в норме синтезирующиеся в месте повреждения Pg сенсбилизируют нервные окончания к брадикинину.

Материалы и методы исследования. Анальгетическая эффективность лорноксикама (Ксефокам®) была показана в 3-х метаанализах, включающих 13 плацебо-контролируемых исследований по оценке различных форм препарата и дозировок от 2 до 32 мг.

Включались пациенты с болью 3-го коренного зуба после хирургического удаления, с болью после расширенных операций (операции общего характера, операции на колене, послеродовая боль вследствие эпизиотомии), а также с болью в пояснице (с острым ишиасом и хронической болью в пояснице). Для сравнения в метаанализ были включены данные, полученные при применении конкурентных препаратов (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, напроксен, петидин, диклофенак, трамадол, кеторолак и морфин).

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что относительно малые дозы препарата Ксефокам® обладают эффективностью, сравнимой с таковой высоких доз кеторолака и ибупрофена и средних доз морфия, и имеют большую силу воздействия, чем низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, напроксена и ибупрофена. Для примера можно привести следующие соотношения: таблетки лорноксикама 4 мг по эффективности являются эквивалентными ацетилсалициловой кислоте 650 мг и ибупрофену 200 мг, таблетки Ксефокам® 8 мг соответствуют ибупрофену 400–800 мг и кеторолаку 10 мг, при послеоперационных болях в/в инъекции лорноксикама 8–16 мг по эффективности эквивалентны морфию 20 мг, петидину 100 мг и трамадолу 50 мг. При этом по сравнению с наркотическими анальгетиками лорноксикам не влияет на функцию дыхания, не имеет седативного, психомоторного действия, реже вызывает явления диспепсии.

Вывод. Правильный выбор препарата для лечения болевого синдрома является непростой задачей, решение которой зависит от тяжести, характера, природы боли, сопутствующих заболеваний, прошлого опыта применения препаратов. Использование более безопасных и при этом наиболее эффективных лекарственных средств является основным путем рациональной фармакотерапии боли, включающей улучшение субъективной переносимости и снижение риска желудочно-кишечных осложнений. Лорноксикам (Ксефокам®) – НПВП с выраженным анальгетическим эффектом.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Худойбердиева М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. За последние полвека было создано более 60 антипсихотических препаратов, 14 из которых в настоящее время доступны в Андижане. Традиционно нейролептики (антипсихотики, АП) классифицируются на две большие группы - антипсихотики первого поколения, обычные АП) и препараты второго поколения. Общим для всех АП фармакологическим свойством является блокада дофаминовых рецепторов второго подтипа (BK02) (антагонизм или частичный агонизм в случае арипипразола)

Цель исследования. Изучить фармакологические особенности нейролептических препаратов.

Результаты исследования. Приведены данные об отсутствии существенных различий в эффективности антипсихотических препаратов в отношении позитивных симптомов и симптомов психической дезорганизации, за исключением преимуществ клозапина при лечении резистентных случаев.

Показано, что эффективность терапии с точки зрения терапии негативных, депрессивных и когнитивных симптомов определяется в зависимости от: (1) того, в какой степени редукция позитивных симптомов (бред и галлюцинации) способствует улучшению вторичных симптомов заболевания, и (2) от того, в какой степени побочные экстрапирамидные эффекты (БР8Б) и побочные антихолинергические эффекты корректируются медикаментами, применяемыми для влияния на БР8Б, ухудшая вышеупомянутые симптомы.

Обосновано мнение о том, что нейролептики с сильным антипсихотическим действием без сопутствующих экстрапирамидных расстройств, не вызывающие необходимость сопутствующей антихолинергической терапии, имеют большие терапевтические преимущества.

Вывод. Рассмотрено, что, несмотря на общую схожесть в эффективности, все нейролептики существенно отличаются по частоте и интенсивности побочных эффектов.

Вопреки мнению о том, что нейролептики второго поколения (так называемые атипичные нейролептики), как правило, считаются препаратами с меньшим, чем у классических антипсихотических препаратов, риском возникновения экстрапирамидных расстройств и с большим риском метаболических побочных эффектов, значительная вариация частоты этих и других побочных эффектов этих двух классов лекарственных средств свидетельствует, что такое категорическое различие фармакологических средств не является клинически оправданным.

Выбор антипсихотического препарата должен основываться на индивидуальных предпочтениях пациентов, их терапевтической реакции на предшествующее лечение, анамнестических данных о наличии и характере побочных эффектов терапии нейролептиками, медицинских данных о факторах риска, уровне комплаентности и приверженности предписанного лечения, и, особенно, профиле побочных эффектов различных антипсихотиков.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространенность депрессивного расстройства, по данным разных авторов, составляет от 10% до 25%. При этом, критериям диагноза большого депрессивного эпизода отвечают порядка 6% от общей популяции.

На протяжении жизни депрессия развивается у одного индивидуума из шести, женщины страдают депрессивным расстройством в два раза чаще, чем мужчины. Депрессивное расстройство является наиболее распространенной психической патологией, встречающейся на протяжении жизни человека. Согласно прогнозам, к 2030 г. ожидается, что депрессия выйдет на лидирующие позиции среди заболеваний, сопровождающихся сокращением продолжительности полноценной жизни.

На настоящий момент накоплено достаточно данных, подтверждающих вклад депрессивного расстройства в патогенез различных соматических заболеваний. Сам факт наличия депрессии, согласно данным метаанализа, повышает риск общей смертности в 1,81 раза. Кроме того, она ухудшает непосредственно кардиальный прогноз, повышая риск развития ишемической болезни сердца в 1,81 раза, артериальной гипертензии - в 1,42 раза, мозгового инсульта - в 1,34 раза, сахарного диабета - в 1,6 раза, ожирения - в 1,58 раз.

Депрессивные симптомы наблюдаются у 31-45% пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), а большая депрессия встречается у них в три раза чаще, чем в общей популяции [4], что сопоставимо с пациентами с хронической болезнью почек и онкологическим заболеваниями. Помимо ИБС, клинические проявления депрессии распространены также среди пациентов с сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий.

Цель исследования. Целью данного исследования являлась оценка степени выраженности депрессивных расстройств у пациентов с ССЗ и их коррекция.

Материалы и методы. Обследовано 211 пациентов с различными ССЗ в возрасте от 18 до 65 лет, из них 104 (49,3%) мужчины и 107 (50,7%) женщин.

Все больные проходили стандартное общеклиническое обследование, которое включало в себя оценку жалоб, анамнеза, физикальное и лабораторно-инструментальное обследования.

Результаты исследования. У всех пациентов, включенных в исследование, была диагностирована АГ. АГ 1 ст. диагностирована у 51 (24,2%), АГ 2 ст. – у 98 (46,4%) и АГ 3 ст. – у 62 (29,4%) пациентов. Мерцательная аритмия значительно чаще наблюдалась у пациентов 3-й группы (ИБС и ИМ в анамнезе) в 2,7 и 1,9 раза по сравнению с пациентами первой и второй группы соответственно ($p<0,05$). Инсульт в анамнезе (ишемического или геморрагического характера) также значительно чаще выявлялся в третьей группе, чем в первой и второй – в 4,4 и 2,0 раза соответственно ($p<0,05$).

Из 211 больных, включенных в исследование, при использовании шкалы Бека у 127 (60,2%) пациента были выявлены признаки депрессивных расстройств. Так, легкая и умеренная депрессия (10-10 баллов) диагностирована у 79 (37,4%) человек, выраженная и тяжелая (>20 баллов) – у 68 (32,2%) пациентов. Значимых различий между группами выявлено не было, хотя наблюдалась тенденция к утяжелению депрессивной симптоматики у больных третьей группы.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлен высокий уровень депрессивных расстройств у больных с ССЗ, значимо выше, чем в общей популяции, в связи с чем, пациентам с ССЗ рекомендовано проводить скрининг на выявление депрессивных расстройств. Показана высокая эффективность и безопасность СИОЗС пароксетина у данной категории больных.

Лечение депрессивных расстройств у пациентов с ССЗ имеет определенные особенности. Во-первых, существуют значительные опасения относительно возможного кардиотоксического эффекта некоторых антидепрессантов. Во-вторых, в случае если симптомы депрессии возникают в результате стрессового события, связанного со здоровьем (например, расстройство адаптации в результате произошедшего события со стороны сердечно-сосудистой системы), высока вероятность спонтанной ремиссии без скрининга и лечения.

В-третьих, возможности проведения психиатрического лечения у пациентов с основным ССЗ могут варьировать. В-четвертых, хотя наличие легких субсиндромальных симптомов депрессии связано с ухудшением прогноза при ССЗ, неясно, будет ли стандартное лечение депрессии обеспечивать преимущества у пациентов с ССЗ и легкими депрессивными расстройствами.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА

Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ), признанная важнейшим элементом сердечно-сосудистого континуума, является результатом поражения не только регулируемых структур (сердце, сосуды), но и регуляторных систем, одной из которых является вегетативная нервная система. При изучении состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у больных АГ незаслуженно мало внимания уделяется состоянию другого ее отдела — парасимпатического, хотя в некоторых исследованиях был продемонстрирован наследственный характер не только симпатической гиперактивности, но и парасимпатической недостаточности. Кроме того, обращает на себя внимание недостаточность и противоречивость данных об уровнях поражения ВНС, о взаимоотношении ее отделов (сегментарного, надсегментарного) и вегетативном обеспечении деятельности при АГ.

Одним из эффективных методов оценки вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы является исследование вариабельности сердечного ритма (ВРС), позволяющее оценить как состояние симпатического и парасимпатического отделов, так и уровень поражения — сегментарный (сосудодвигательный центр, парасимпатические ядра продолговатого мозга) и надсегментарный (гипоталамус, лимбический комплекс, ядра ретикулярной формации, кора головного мозга и др.).

Цель исследования. Сравнительное изучение особенностей вегетативной регуляции сердечного ритма на начальных этапах формирования АГ у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях обследовано 102 мужчины, которые были разделены на 3 группы. В группу 1 (контрольную) вошли 32 человека (средний возраст $24,5 \pm 3,6$ лет) с оптимальным АД ($<120/80$ мм.рт.ст) и нормальным АД ($120-129/80-84$ мм.рт.ст). В группу 2 (34 человека, средний возраст $27,1 \pm 3,0$ лет) включены лица с высоким нормальным АД ($<130-139/85-89$ мм.рт.ст.). Группа 3 была сформирована из 36 мужчин (средний возраст $28,4 \pm 2,4$ лет) с АГ 1 степени (АД $>140-159/90-99$ мм.рт.ст), включение обследуемого в ту или иную группу происходило по результатам измерений офисного АД и изучения предшествующей медицинской документации.

Результаты исследования. Полученные нами результаты подтверждают данные, согласно которым развитие АГ сопровождается снижением ВРС (при этом ответ на вопрос, является изменение функционального состояния регуляторных систем при росте АД первичным или вторичным, остается открытым и ответ на него, очевидно, можно будет получить только при проведении дополнительных длительных исследований); в то же время ряд исследователей полагают, что развитие АГ связано с ростом ВРС или не связано с изменениями последней; вероятно, подобные противоречия связаны с упоминавшейся выше неоднозначностью показателей ВРС и отсутствием сегодня единого мнения относительно их трактовки, а также различиями в методических подходах к определению ВРС, сложностью патогенеза АГ и формирования контингентов обследуемых.

Рост централизации управления сердечным в нашем исследовании подтверждается достоверно более высокими значениями ИН в группах 2 и 3, чем в группе 1; отсутствие снижения SDNN в группах 2 и 3 (что также подтверждало бы тезис о росте централизации) объясняется, по нашему мнению, недостаточной информативностью этого показателя при 5-минутной записи, что требует, по мнению, его оценки, по результатам 24-часового мониторингирования.

Вопрос о том, является ли усиление централизации управления сердечным ритмом реакцией на развивающийся вегетативный дисбаланс или последний является следствием развивающейся централизации, требует дальнейшего изучения.

Вывод. Таким образом, развитие АГ сопровождается изменениями ВРС, которые заключаются в росте симпатической и снижении парасимпатической активности, а также централизации управления сердечным ритмом; указанные изменения начинаются при переходе от нормального к высокому нормальному АД.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекиова Н.Р., Таитемирова И.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью работы. Исследование цереброваскулярной недостаточности у больных артериальной гипертонией и распространённости энцефалопатии по возрастным группам у данных больных.

Методы исследования. Нами проанализировано 456 историй болезни больных артериальной гипертонией II стадии различной степени артериальной гипертензии и риска, госпитализированных в терапевтические отделения клиники Андижанского Государственного медицинского института. Из них мужчин составило 188 (42,2%), женщин 268 (58,8%).

Результаты исследования. Симптомы гипертензивной энцефалопатии I стадии обнаружены у 57 пациентов гипертензивной болезнью, из них у 31 мужчины (54,3%), женщин соответственно 26 (45,7%). Признаки энцефалопатии I стадии чаще встречаются среди пациентов в возрасте 50-59 лет, при III степени АГ и 4 риска, а в возрасте 60 лет и старше одинакова как у мужчин, так и у женщин.

При АГ II степени риск 3 проявления энцефалопатии были обнаружены у 66,6% мужчин, 33,4% у женщин; при риске 4- соответственно 83,3%; 16,7%.

При АГ III степени риск 3 признаки энцефалопатии встречались у 44,4 % мужчин, у женщин 45,6%; а при 4 риске соответственно мужчин 51,8%, женщин 48,2%.

Заключение. Проведённые нами исследования показывают, что при артериальной гипертонией II степени, риск 3 (высокий) в возрасте 50-59 лет симптомы энцефалопатии чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, а в возрасте 60 лет и старше одинаково как у женщин, так и у мужчин; при риске 4 (очень высокий) симптомы энцефалопатии в 1,5 раза чаще встречаются у женщин. При артериальной гипертонии III степени отмечается тенденция частоты у женщин.

Полученные результаты проведённых исследований, бесспорно, свидетельствуют о связи пола, возраста и степени артериальной гипертонии в развитии цереброваскулярной недостаточности. При хронической артериальной гипертензии повышается верхняя граница ауторегуляции мозгового кровообращения, в связи с процессом ремодулирования в мелких церебральных артериях и артериолах, больные адаптируются к высоким цифрам артериального давления. При острой гипертензивной энцефалопатии имеет место срыв адаптации регуляции мозгового кровообращения.

ОИЛАВИЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Хўжамбердиев М.А., Таитемирова И.М., Узбекиова Н.Р., Вахобов Б.М., Кодирова Г.И., Дусмуратова Д.А.

Кирриш. Юрак ишемик касаллигининг (ЮИК) клиник шаклларида бири бўлган миокард инфарктининг (МИ) ҳозирги вақтда патофизиология ва патогенези етарлича ўрганилганлиги, тезкор диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ривожланганлигига қарамадан, ушбу касалликдан ўлим ҳолатлари юқорилигича қолмоқда. Оилавий изланишлар шуни кўрсатадики, ОГХС билан ҳасаланган беморларда ЮИК ривожланиши фақат липидларга боғлиқ эмас, балки, қариндошларида ЮИК мавжудлиги билан ҳам ифодаланади, липидлар билан боғлиқ бўлмаган генетик омиларга боғлиқ. Ҳозирги вақтда, баъзи бир оилавий гиперхолестеринемияли оилаларни бошқа оилавий гиперхолестеринемияли оилаларга нисбатан ЮИК билан кўпроқ ҳасаланиши, муаммо бўлиб қолди.

Тадқиқотнинг мақсади: Оилавий гиперхолестеринемияда липидлар спектри ва ЛПО жараёнларининг функционал ҳолатини ўрганиш.

Текшириш методлари: Бизни текширувимизда 18 ёшдан 55 ёшгача бўлган, ўртача $43,9 \pm 0,8$ ёшни ташкил қилган 32 нафар ОГХС билан ҳасаланган бемор текширилган, улардан: 15 нафари эркак ва 17 нафари аёллардан иборат. Беморлар ЮИКнинг объектив белгилари борлигига текширилган, генеалогик анамнез бўйича – қариндошларида эрта ривожланган I- даражали ЮИК (аёлларда -50, эркакларда 55 ёшгача) борлигини аниқладик.

Натижалар муҳокамаси: Бизнинг тадқиқотларимиз мобайнида ОГХС ва ЮИК билан ҳасаланган беморлар гуруҳида коннинг липид спектри текширганимизда, УХС- 52,5%, ТГ –25,5%, ПЗЛП ХС - 43,8%, ЎПЗЛП ХС -37,1%, АИ – 14,3%га кўтариллиши аниқланган. ЮЗЛП ХС эса 19,2%га пасайган. ОГХС+ЮИК билан ҳасаланган беморларнинг абсолют кўрсаткичлари бироз юқори бўлиб, унда ОГХСни асосий биокимёвий маркерлари максимал равишда кўтарилган. Соғлом кишилар, ЮИКнинг ОГХС беморларни МДА микдорига кўра липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнлари ҳам текширилди. ЛПО маҳсулоти ҳисобланган малонодиалдегидининг кондаги микдорини соғлом ва оилавий гиперхолестеринемияли беморлар орасида солиштирганда, беморларда кўтариллиши аниқланган. МДА микдори ушбу гуруҳда $7,5 \pm 0,2$ нмоль/мл.ни ташкил қилган, бу ўз навбатида 41%га контрол гуруҳи кўрсаткичларидан баланд.

Хулоса: Шундай қилиб, ОГХС билан ЮИК биргаликда кечган беморларда липидлар микдорининг ортиши ва липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнларини сезиларли равишда кучайиши, оксидатив стресснинг эрта ривожланиши ва оғирлашуви ҳамда антиоксидант ҳимоянинг кескин пасайиб кетишига сабаб бўлади. Оилавий гиперхолестеринемияда липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнларини ўрганилиши эса организм

пероксидациясини фаоллашув даражасини барвакт аниқлаш ҳамда атеросклероз ва ЮИК кечишини қийинлаштирувчи оксидатив стрессни ўз вақтда бартараф қилиш мумкин.

МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИМПАТО-АДРЕНАЛ ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

*Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекиова Н.Р., Кодирова Г.И., Рохибжонов А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Қириш: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун жаҳон бўйича, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, аҳоли ўртасида ЮКТК сабабли оламдан кўз юмган беморлар 56%ни ташкил этса, 25% беморлар ногиронликка дучор бўлишмоқда, бу сўзсиз, миллатимиз саломатлиги ҳамда давлат бюджетига катта путур етказмоқда. Миокард инфарктини (МИ) ҳозирги вақтда патофизиология ва патогенези етарлича ўрганилганлиги, тезкор диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ривожланганлигига қарамадан, ушбу касалликдан ўлим ҳолатлари юқориликча қолмоқда.

Илмий иш мақсади: Миокард инфаркти билан хасталанган беморларда катехоламинлар метаболизмини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва олинган натижалар: МИ билан хасталанган 32 нафар бемор текширилди. Текширув натижаларимизда КАларни суткалик экскрецияси аниқланганда қуйидаги ўзгаришлар кузатилди. Назорат гуруҳидагиларда А, НА экскрециясини меъёрида эканлиги аниқланди. Текширувлар натижасига кўра, Q тишсиз МИ – гуруҳидагиларда А – эркин 30,6%, конюгирланган – 55,2%; суммар. – 46,2%га; НА – эркин 6,2%, конюг. – 45,2%, суммар. – 24,5%га ошган. Дофамин ва ДОФА эса эркин - 44,8%, конюг – 6,2%, суммар-26,8%; ДОФА – 17%гача назорат гуруҳига нисбатан пастроқ эканлиги аниқланди. Q тишли МИ аниқланган беморларда, жумладан адреналин умумий (Ау) 29,8%, 33,4%, 31,7%га назорат гуруҳидан юқори бўлган. НАнинг суткалик сийдик билан ажралиши ҳам статистик ишончли кўтарилган 15,8%, 24,6%, 20,9%га назорат гуруҳидан юқори бўлган.

ДА барча фракцияларини суткалик экскрецияси контрол гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан статистик ишончли кўтарилган, жумладан ДАу - $326,3 \pm 6,0$ мкг/сут.- 19,5%га ошган ($P < 0,001$). ДОФАни суткалик экскрецияси $49,6 \pm 0,8$ мкг/сут. ташкил қилган, бу назорат гуруҳи кўрсаткичлардан 9,2% га нисбатан юқори бўлган ($P < 0,05$). Қон зардобидидаги МАО фаоллиги ўрганилганда МИ ўтказган беморларда соғломларга нисбатан камайганлиги аниқланди. I-30%; II-21,6%; III-46%; ($P < 0,05$).

Хулоса: Шундай қилиб, МИ аниқланган беморларда катехоламинларнинг метаболизмини комплекс клиник текширувида сийдикдаги суткалик экскрециясини ортиши аниқланган, бу эса САТнинг функционал ҳолатинини бузилишидан далолат беради. МИ кузатилган беморларда моноаминоксидаза фаоллигини сусайганлиги аниқланди. Моноаминоксидаза фаоллигининг кескин пасайиши, ушбу гуруҳдаги беморларда ферментни каталитик хусусиятларини ўзгаришини ифодалайди, натижада катехоламинларнинг миокардга токсик давомли таъсирланишини кучайишига олиб келади.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСОГО ПАРОДОНТИТА

*Хужамбердиев Б.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным ВОЗ (2012), около 78% детского населения и 89% взрослого населения планеты имеют те или иные признаки заболевания тканей, окружающих и удерживающих зуб в альвеоле. Результаты исследований научного объединения ВОЗ показали, что высокий уровень заболеваний пародонта прогрессирует в возрасте 25 – 45 лет (65 – 95%) и 15 – 19 лет (54 – 90%). Распространенность заболеваний пародонта в Узбекистане в зависимости от возраста, колеблется от 46,6% - в 15 лет, до 88,2% - к 45 годам, к 60 – 65 годам достигает 100%. [2,3,4,6].

Пародонтология является одним из наиболее важных разделов современной стоматологии. Это связано с высокой распространенностью поражений пародонта. Заболевания пародонта сопровождаются сложными морфофункциональными изменениями в тканях. Степень выраженности этих изменений зависит как от общего состояния организма, так и от возрастных особенностей строения тканей пародонта [4,5,6].

Пародонтит – следующая стадия воспаления десны, когда процесс захватывает подлежащие ткани пародонта. Он характеризуется прогрессирующей деструкцией периодонта и костных структур межзубных перегородок. Это обычно выявляется в возрасте 30-40 лет. Характерные признаки пародонтита: наличие пародонтального кармана и, помимо зубного налета, – значительные отложения наддесневого и поддесневого зубного камня; появляется подвижность зубов, их смещение, нарушение жевательной функции, тремы, травматическая артикуляция [1,4]. Существует большое количество различных методов лечения пародонта, поэтому актуальным является оптимизация метода лечения в зависимости от клинической ситуации, ведь благоприятный исход лечения зависит от правильно поставленного диагноза и соответственно, составления протокола лечения.

Цель. Особенности ведения и лечения пародонтита в зависимости от клинических ситуаций.

Материал и методы. Проведен обзор медицинской литературы, научных статей.

Результаты. Организм любого человека со временем претерпевает незначительные изменения, связанные с нарушением некоторых функций. И даже если у человека были от природы крепкие и белые зубы, то к старости мало кому удастся сохранить их таковыми. Поэтому актуальным становится вопрос сохранения стоматологического здоровья значительной части населения страны. Важной составляющей его является улучшение показателей ортопедического стоматологического статуса людей: сохранение целостности имеющихся зубных рядов или возмещение имеющихся

дефектов качественными зубными протезами. Пародонтит является воспалительным заболеванием, которое поражает практически все ткани, окружающие поверхность зуба, в том числе и связывающие его с челюстными костями.

Классифицируют пародонтит по течению на острый и хронический. Хронический пародонтит подразделяют на две стадии: стадию обострения и стадию ремиссии. В зависимости от степени тяжести выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень. В зависимости от локализации бывает локализованный и генерализованный пародонтит. Существует агрессивные формы пародонтита: препубертатный пародонтит, ювенильный пародонтит, быстро прогрессирующий пародонтит, рефрактерный пародонтит, язвенно-некротический [6]. Острый пародонтит зачастую является очаговым и имеет внезапное начало с выраженной клинической картиной. Появляются сильные боли, кровоточивость десен, воспаление десны на определенном участке, появление боли при жевании зубами, расположенными в этой области.

Выделяют три степени заболевания:

- Легкая степень - видимые изменения отсутствуют, но появляется зуд, кровоточивость и гиперестезия в области десен.

- Средняя степень - появляются боль, повышенная кровоточивость и рыхлость десен, зубодесневые карманы, подвижность зубов.

- Тяжелая степень - происходит атрофия десен и альвеолярных отростков с обнаженными шейками зубов, что в итоге приводит к их выпадению. При хроническом пародонтите в течение заболевания происходит чередование фаз обострения и ремиссии. В зависимости от выраженности патологических изменений в пародонте, выделяют 4 степени тяжести хронического пародонтита:

- Начальная степень - отмечается зуд с пульсацией в деснах, рыхлые, кровоточащие десны, ощущение дискомфорта при пережевывании пищи, появляется неприятный запах изо рта. При осмотре полости рта выявляются признаки катарального гингивита, наличие зубных отложений и неглубоких зубодесневых карманов, но при этом зубы сохраняют свою неподвижность.

- Легкая степень - характеризуется прогрессированием патологических изменений. Усиливается болезненность, отечность и кровоточивость десен. Быстро скапливается мягкий зубной налет, образуется зубной камень, шейки зубов обнажаются и приобретают гиперчувствительность. При осмотре ротовой полости выявляются признаки гингивита, зубодесневые карманы при надавливании на них, выделяют гной. Начинается расшатывание зубов.

- Средняя степень - усиливается неприятный запах изо рта, кровоточивость десен, десны изменяются в цвете, наблюдаются гнойные выделения карманов, щели между зубами, оголение и гиперчувствительность шеек зубов к температурным и химическим воздействиям. Зубы подвижны.

- Тяжелая степень - отличается выраженной симптоматикой: усиленная боль, кровоточивость десен, подвижность и смещение зубов, отечность десен, обильные зубные отложения, диффузный гингивит. Отмечается выпадение отдельных зубов.

Обострение хронического пародонтита сопровождается резким ухудшением общего состояния больного, наблюдается выраженная общая интоксикация, появляется резкая пульсирующая боль. Степень выраженности хронического пародонтита определяется на основании данных рентгенографии и ортопантомографии. Для определения микробной обсемененности зубодесневых карманов проводится ПЦР-соскоб, бактериологический посев на питательные среды. Местную терапию начинают с санации полости рта (снятия зубных отложений, лечения кариозных зубов, удаления корней зубов и протезов, не представляющих функциональной ценности и др.). В зависимости от показаний проводят избирательное пришлифовывание зубов (для создания множественных равномерных контактов, исключающих перегрузку тканей пародонта) и временное шинирование для стабилизации подвижных зубов. В результате ортопедических методов лечения нормализуется гемодинамика и обменные процессы в пародонте, повышается устойчивость пародонтальных тканей к механической нагрузке и действию неблагоприятных факторов.

Местное лечение тканей пародонта складывается из 3-х этапов:

1) медикаментозной терапии, целью которой является ликвидация патогенной микрофлоры, устранение воспаления в десне;

2) хирургического лечения, цель которого – ликвидация пародонтального кармана (кюретаж – удаление поддесневых зубных отложений, грануляций, измененного цемента, эпителиальных тяжей с внутренней поверхности десны; лоскутная операция, метод направленной регенерации и пр.)

3) послеоперационного этапа до полной реабилитации больного.

При лечении пастой БКМ на первом этапе лечения необходимо придерживаться строгой последовательности лечебных вмешательств на пародонте: после удаления зубных отложений и орошения карманов из шприца под давлением растворами антисептиков, подсушивания участка пораженного пародонта струей сжатого воздуха необходимо ввести пасту БКМ в пародонтальные карманы под десневую повязку. Процедуру повторяют до полной ликвидации воспаления в десне. Однако, в некоторых случаях воспалительная реакция упорно сохраняется. Это объясняется тем, что при хроническом воспалении значительно повышается активность физиологических механизмов, которые играют защитную роль и обеспечивают жизнеспособность тканей в условиях нарушенной гемодинамики и действия патогенных факторов. Поэтому, если воспаление в десне сохраняется, то следует продолжить лечение пастой БКМ до полного устранения воспалительной реакции. Немаловажное значение имеет способ применения того или иного лекарственного препарата. При незначительной экссудации из карманов пасту БКМ с целью пролонгирования её действия можно вводить в пародонтальные карманы под десневую лечебно-защитную повязку. При обильном гноетечении использование повязок исключается, чтобы не вызвать образование пародонтального абсцесса. По этой же причине активная медикаментозная терапия в виде орошений карманов из шприца под давлением, введение пасты БКМ в пародонтальные карманы под десневые повязки не проводится при абсцедирующей форме пародонтита, выраженной экссудации из карманов, симптомах общей интоксикации организма. Назначаются аппликации пастой БКМ 2-3 раза в день с экспозицией в течение 20 мин. После ликвидации обострения лечение проводится по вышеуказанной методике и составляет в среднем от 2 до 4 процедур в зависимости от степени тяжести пародонтита.

Выводы. Таким образом, лечение заболеваний пародонта проводится с учетом этиологии и патогенеза, клинического течения, патологоанатомических изменений в тканях пародонта и обязательно под контролем клинических, параклинических и лабораторных методов исследований. Предложенный комплекс лечебно-

профилактических мероприятий позволяет улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта. Описанные процедуры на пародонте должны быть подкреплены резорбтивным воздействием комплекса лекарственных средств – витаминов направленного действия, анаболиков нестероидной природы, ингибиторов костной резорбции, факторов, способствующих реминерализации.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Хужамбердиев М.А., Вахабов Б.М., Таштемирова И.М., Юлдашева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние годы особое значение приобрела воспалительная теория атерогенеза. Признаки локального неспецифического воспалительного процесса при атеросклерозе прослеживаются с самых ранних стадий развития поражения стенки сосуда до момента дестабилизации и повреждения атеросклеротической бляшки.

Цель исследования: Определение ранних маркеров атеросклероза у женщин фертильного возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Материалы и методы: В исследование были включены 42 женщины в возрасте от 25—40 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I- группа низкого и умеренного риска < 5%-28 пациентов; II –группа высокого риска $\geq 5\%$ -14 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые женщины в возрасте от 30 до 40 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования - толщина интимы—медии (ТИМ) сонных артерий.

Результаты исследования: Ранние маркеры атеросклероза артерий определены у всех пациенток: у 28 женщин в группе низкого и умеренного риска, у 14— в группе высокого риска ССО. У пациенток с низким — умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 56,3% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО — в 82,1%.

Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови, и к их применению для упрощения диагностики и определения прогноза атеросклероза или для выявления предрасположенности к атеросклерозу и, особенно, восприимчивости к развитию атеросклеротических бляшек и/или обструкции сосудов.

Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6(ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а). Результаты исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по различному, так в I-й группе ИЛ-6 повышался незначительно на 32,8% ($p<0,001$) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 49,2% выше показателей контрольной группы ($p<0,001$). Незначительные повышения ФНО-а отмечены в группе низкого и умеренного риска ($p<0,001$), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ-10 умеренно повышался в I-й группе ($p<0,01$) и более значительные изменения отмечались во II-й группе.

Результаты исследования показали о существовании прямой корреляционной связи между ИЛ-6 и ТИМ ($r=0,56$; $p=0,001$), ИЛ-1 и ТИМ ($r=0,46$; $p=0,001$), ФНО-а и ТИМ ($r=0,52$; $p=0,001$).

Вывод: Нами показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен у пациенток с отягощённой наследственностью к атеросклерозу и в последующем к ИБС. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний у женщин фертильного возраста.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

*Хусинова Ш.А.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Исследование качества жизни (КЖ) выступает одним из наиболее часто используемых и известных способов оценки развития хронических заболеваний. В соответствии с национальными клиническими рекомендациями по диагностике, лечению, профилактике ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (2017) возрастает актуальность, социальная значимость изучения качества жизни лиц с ожирением. В настоящее время увеличивается число больных ИБС, возрастает влияние ожирения на продолжительность жизни, повышается вероятность роста других хронических заболеваний. Многие коморбидные больные пребывают в состоянии хронического стресса, что создает эмоционально-аффективные и психовегетативные нарушения, снижает самооценку. Зависимость ожирения и ухудшения показателей качества жизни больных с ИБС изучена не в полной мере, как и влияние некоторых других неблагоприятных факторов, определяющих качество жизни при коморбидности ожирения и ИБС.

Цель исследования: провести клинический анализ влияния ожирения на показатели качества жизни у пациентов с ИБС на фоне абдоминального ожирения

Материал и методы: Проведено проспективное исследование в семейных поликлиниках № 3, 4 и 12 г.Самарканда. Изучено выборочно амбулаторные карты 80 больных из них 38 мужчин (47.5%) и 42 женщин (52.5%). Набор пациентов проводился параллельно в три подгруппы, разделенных по показателю ИМТ согласно критериям ВОЗ: подгруппы с ожирением 1, 2 и 3-й степени. Численность каждой подгруппы при завершении исследования составила 20 человек. В

контрольную группу включено 20 пациентов с ИБС, не страдающих ожирением. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование по протоколу, включавшее определение антропометрических показателей — массы тела, роста, окружностей талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 и подсчетом значений двух интегральных шкал — физического и психического компонентов.

Результаты исследования: У пациентов с ИБС на фоне абдоминального ожирения отмечалось значительное снижение показателей качества жизни в сравнении с контрольной группой по всем шкалам опросника SF-36 и обоим суммарным шкалам. При этом среди пациентов основной группы отмечалась значительная вариабельность показателей качества жизни, значения суммарных компонентов качества жизни варьировали от 25 до 52 баллов по шкале физического компонента и от 22 до 60 — по шкале психического. Полученные данные свидетельствуют, что внутри группы больных с ИБС на фоне ожирения, действуют факторы, снижающие качество жизни.

Пациенты основной группы были разделены по медианам PCS и MCS на 4 подгруппы: в 1-ю подгруппу вошли пациенты с худшими результатами по обоим показателям - пациенты с ИБС и ожирением IIст.; во 2-ю — с относительно лучшими значениями MCS и худшими PCS- ИБС и ожирением Iст; в 3-ю — пациенты с худшими значениями MCS и лучшими PCS- ИБС и ожирением Iст и в 4-ю подгруппу — с наилучшими результатами по обоим суммарным шкалам - контрольная группа. Снижение величины суммарного психического компонента было связано в наибольшей степени с нарушением ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,0001$), а также с нарушением социального функционирования и психического здоровья. Суммарный физический компонент в наибольшей степени был связан с уровнями физического функционирования (ФФ) и ролевого физического функционирования (30 vs 63 баллов для физического функционирования и 5 vs 40 баллов для физического ролевого ($p > 0,0001$)). При анализе ответов пациентов на вопросы опросника SF-36 было выявлено, что снижение суммарного физического компонента качества жизни связано с затруднениями в выполнении умеренных повседневных физических нагрузок.

Заключение: Полученные данные оценки качества жизни показывают, что наличие ожирения у больных ИБС явилось основной причиной ухудшения показателей качества жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОНОФЕРЕЗА НОВОКАИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Шаматов И.Я.

Самаркандский государственный медицинский институт

Хронический риносинусит (ХРС) — наиболее распространенное заболевание как в амбулаторной так и в стационарной практике, с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Неуклонный рост заболеваемости ХРС, его прогрессивность течения, приводящее к значительным экономическим потерям что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость.

Приведенные выше сведения обосновывают актуальность разработки новых эффективных методов лечения с патогенетической направленностью действия. Мы не встретили работ посвященных изучению сочетающихся действий НУЗ с регионарной антибиотикотерапией на область околоносовых пазух (ОНП) у больных ХРС в период обострения и ремиссии. Перед практикующим врачом встает сложная задача оптимального выбора препарата и метода ее введения при обострении и ремиссии ХРС, способствующих мобилизации неспецифических факторов защиты и функциональных резервов организма, сокращения до необходимого минимума медикаментозной нагрузки.

Цель исследования. Научно обосновать целесообразность применения ультразвука низкой частотой с эндоназальной внутрикожной антибиотикотерапии в период обострения и исключить антибиотикотерапию в период ремиссии лечения хронического риносинусита.

Материалы и методы исследования. В ЛОР отделение клиники №1 СамГосМИ обследованы и проведены лечения 60 больных (34 мужчин, 26 женщин) в возрасте от 18 до 69 лет. Длительность заболевания составляло от 1 года до 3 лет. 30 больных находилось на стационарном лечении, 30 больных получали лечение амбулаторно. Все пациенты были разделены на две группы - основную (30 человек) и контрольную группу (30 человек). Критериями отбора являлись наличие обострения ХРС, подтвержденного данными анамнеза, ЛОР осмотра, бактериологическое исследование патологического отделяемого из околоносовых пазух и полости носа, оценка дыхательной и обонятельной функции, рентгенографии или компьютерной томографии (КТ) околоносовых пазух (ОНП). Основная группа получала после предварительной анемизации слизистой полости носа и синус эвакуации антибактериальный препарат (цефамед) методом эндоназального внутрикожного введения на фоне НУЗ и пероральным применением антигистаминных препаратов 2го поколения в период обострения. После предварительного душа носовой полости в период ремиссии, больные получали отечественный препарат флумарин назальный спрей 22мг/мл и фоноферез новокаина.

Контрольная группа получала стандартное лечение парентерального введения антибактериального препарата (цефамед в дозировке 1г 1раз в сутки) в сочетании с пункциями, физиотерапевтическими процедурами и ежедневной анемизации слизистой полости носа а также пероральное применение антигистаминных препаратов 2-го поколения в период обострения. В период ремиссии после предварительной анемизации слизистой полости носа и синус эвакуацией больные получали физиотерапевтические процедуры и антигистаминные препараты 2-го поколения.

Результаты исследование показало, что у 94% больных основной группы, только 70% больных контрольной группы оценили эффект от лечения как положительный. Удовлетворительный эффект от лечения отметили 6% больных основной группы и 30% больных контрольной группы.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Хайдарова М.М.,
Курбанова М.Р., Каримова Н.И.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность проблемы: Болезни органов дыхания относятся к одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной медицины. Самой распространенной патологией среди них, поражающей различные возрастные группы населения, является пневмония. Несмотря на большие усилия ученых и практических врачей медицины, проводимых работ в лечебно-профилактических учреждениях работниками здравоохранения этот вопрос является наиболее актуальной в педиатрии. Внебольничная пневмония (ВБП) становится объектом пристального изучения в современной медицине, это в значительной степени связано с высокой летальностью при данной патологии у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучить особенности иммунного статуса, клеточного, гуморального и интерлейкинового звеньев иммунитета при внебольничной пневмонии у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у 80 детей раннего возраста с диагнозом внебольничной пневмонии. Материалом для иммунологических исследований служила периферическая венозная кровь. Изучалось количественное определение лимфоцитов с фенотипом CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD20⁺, интерлейкинов – IL-1β; IL-4; IL-6; IL-8 определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов производства ООО «Цитокин».

Результаты исследования. Проведенные исследования показали дефицит со стороны Т-системы иммунитета: наблюдалось достоверное снижение относительного количества CD3⁺-лимфоцитов до 44,5±0,9% по сравнению с показателями практически здоровых детей 62,4±1,3% (P<0,001); достоверное снижение относительного количества CD4⁺-лимфоцитов до 28,1±0,8% по сравнению с показателями практически здоровых детей - 39,1±0,5% (P<0,001). Отмечалось достоверное снижение CD8⁺-лимфоцитов до 16,2±0,6% по сравнению с показателями практически здоровых детей - 19,5±1,1% (P<0,01). Также было достоверно повышенным относительное количество CD20⁺- лимфоцитов, до 28,6±0,5%, что достоверно ниже по сравнению с показателями практически здоровых детей - 16,4±1,1% (P<0,01). Наблюдались изменения и со стороны гуморального звена иммунитета, которые выражались понижением уровня в сыворотке крови IgA и IgM, что составило 44,5±2,5мг.%; 92,4±3,1мг.% у здоровых детей - 78,4±3,2мг.%; 121,4±4,9мг.%, (P<0,01) соответственно. Также отмечалось повышение показателей CD16⁺-лимфоцитов до 16,8±0,4% по сравнению с показателями практически здоровых детей - 10,2±0,5 (P<0,001). При исследовании интерлейкинового статуса было выявлено повышение IL-1β и IL-4; IL-6 и IL-8 в сыворотке периферической крови, наиболее выраженные нарушения отмечались у больных внебольничной пневмонией.

Вывод. В иммунологических показателях у детей, больных ВП и группы сравнения отмечалось существенная разница в показателях иммунной системы. У больных с внебольничной пневмонией установлен более выраженный иммунодефицит, проявляющийся снижением иммунологической реактивности, проявляющейся снижением клеточного и гуморального звена, и повышением интерлейкинового статуса требует применения новых терапевтических подходов, направленных на дифференцированную коррекцию звеньев иммунитета.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ И ПЕРВИЧНЫХ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Шамсиддинова А.С., Косимов И.С., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Юсупова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Выявление предикторов раннего развития острых коронарных синдромов (ОКС) и возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с ОКС представляет большой интерес.

Целью исследования явилось изучение функционального состояния симпатно-адреналовой системы и первичных медиаторов воспаления, а также их взаимосвязь у больных острым коронарным синдромом.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 149 больных с диагнозом ОКС с подъёмом сегмента STв возрасте от 25 до 75 лет.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц-волонтеров в возрасте 29-60 лет, не имеющих сердечно-сосудистой патологии. Всем больным определяли катехоламины(адреналин, норадреналин, дофамин и ДОФА) в суточной моче; активность фермента дезаминирования КА – МАО в сыворотке крови и иммунный статус (ИЛ-6, ИЛ-10); маркер раннего повреждения миокарда (металлопротеиназа плазмы А (РАРР-А)).

Результаты исследования. Нами проведено изучение особенностей суточной экскрецией с мочой А и НА у больных ОКС. Сравнительная оценка суточной экскреции с мочой А и НА у больных ОКС показала их достоверное увеличение. Так экскреция А своб., А кон. и А общ. у больных ОКС ↑ST/ОИМ с Q составила соответственно: 14,9±0,2 мкг/сут., 18,7±0,1 мкг/сут и 33,6±0,6 мкг/мл (p<0,001), что в 3,7 раза, в 4,8 раза и в 4,3 раза выше контроля. Экскреция НА в суточной моче составила: НА своб. – 33,4±0,4 мкг/сут., НА кон. – 35,3±0,4 мкг/сут., НА общ. – 68,8±0,7 мкг/сут., что соответственно в 4,3 раза; 4,5 раза и 4,4 раза выше контроля. Изучение ключевого фермента дезаминирования КА - моноаминоксидазы и процессов перекисного окисления липидов показало, что у всех обследованных больных ОКС определён низкий уровень МАО и существенно высокие показатели МДА. При этом уровень МАО у больных ОКС ↑ST/ОИМ с Q составил в среднем 0,02±0,0004 ед/экст., что ниже контроля в 20 раз (p<0,001).

Оценка неспецифического воспаления показала, что повышенное содержание IL-6 и IL-10 определялось у всех трёх групп больных ОКС с максимальными его уровнями у пациентов ОКС↑ST/ОИМ с Q (IL-6 184,3±8,1 пг/мл; p<0,001); IL-10 – 10,0±0,4 пг/мл; p<0,05) – повышение в 22,0 и 1,2 раза по сравнению с контролем. Оценка содержания РАРР-А у

больных ОКС показала значительное его повышение в группе пациентов ОКС $\uparrow$ ST/ОИМ с Q в 49,0 раза по сравнению с контролем ($p < 0,001$).

Вывод. Таким образом, полученные данные могут быть рекомендованы для широкого использования с целью стратификации риска заболевания у больных ОКС $\uparrow$ ST/ОИМ с Q.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ДИАРЕЙНЫМ СИНДРОМЕ

*Шаджалилова М.С., Шарапова Г.М., Шомуродов Д.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Целью нашей работы явились применение математических методов моделирования для оценки степени тяжести течения и дисбактериоза кишечника у детей раннего возраста.

Материал и методы. Для достижения намеченной нами цели был использован массив данных $n=205$ больных детей раннего возраста с диагнозом «острые диареи». Для ввода исходной информации в ЭВМ с целью ее последующей статистической обработки была разработана специальная кодировочная карта обследования больных, в которую вошло 33 клинических показателя, имеющие отношение к исходу и течению заболевания.

Результаты. Нами проведена разработка интегральных характеристик степени тяжести течения и дисбактериоза кишечника у детей раннего возраста, больных диарейным синдромом, адекватно описывающих патологический процесс.

Статистическая обработка сформированного таким образом информационного массива данных позволила определить наиболее информативные показатели, которые и легли в основу построения линейных интегральных характеристик при острых диарейных заболеваниях. Построение математической модели производилось по методу наименьших квадратов. Выбор метода наименьших квадратов был обусловлен тем, что при исследовании медицинских процессов, мы имеем дело с данными статистического характера. Именно поэтому статистическая обработка данных производится почти в каждой медицинской задаче и служит одним из этапов обработки информации. Для выявления закономерностей, то есть построения математических моделей используется регрессионный анализ. И здесь нами был применен метод наименьших квадратов, который является базовым методом регрессионного анализа.

Метод наименьших квадратов, всесторонне изучен и имеет несколько теоретических обоснований. Оценки МНК, обладают минимально возможной дисперсией в классе всех линейных несмещенных оценок и являются соответственно наилучшими линейными несмещенными оценками неизвестных параметров функции. Градация степени тяжести и дисбактериоза: 0 – нет; 1 – легкая; 2 – средняя; 3 – тяжелая.

При построении моделей степени тяжести и исхода заболевания методом наименьших квадратов на параметры модели накладывалось условие их эффективности не ниже уровня $p < 0,05$ по t-критерию. В результате расчетов была получена модели следующего вида: Оценка степени дисбактериоза на основе иммунных показателей

$SD(X) = -366,3761 - 0,0039 \cdot X_1 + 0,0142 \cdot X_2 - 0,0159 \cdot X_3 + 0,0251 \cdot X_5 + 0,0447 \cdot X_8 + 9,5503 \cdot X_9 - 0,1117 \cdot X_{10} - 0,4151 \cdot X_{13} + 0,0208 \cdot X_{14} + 0,0087 \cdot X_{16} - 0,3441 \cdot X_{17} - 0,4011 \cdot X_{19}$ Оценка степени дисбактериоза на основе сопутствующих показателей

$SD(Y) = 1,1051 + 0,4983 \cdot Y_9 + 0,2370 \cdot Y_{16} - 0,1399 \cdot Y_{18} - 0,4012 \cdot Y_{22} - 0,3486 \cdot Y_{23} + 0,5111 \cdot Y_{26}$; Общая оценка степени дисбактериоза: $SD = (SD(X) + SD(Y))$

Оценка степени тяжести патологического процесса на основе иммунных показателей

$ST(X) = -0,0095 \cdot X_5 + 0,0115 \cdot X_7 + 0,0003 \cdot X_{10} + 0,1442 \cdot X_{13} - 0,0070 \cdot X_{14} + 0,0045 \cdot X_{20}$

Оценка степени тяжести патологического процесса на основе сопутствующих показателей

$ST(Y) = 1,9192 + 0,1901 \cdot Y_3 + 0,2229 \cdot Y_5 + 0,1370 \cdot Y_7 + 0,4730 \cdot Y_9 + 0,0457 \cdot Y_{18} + 0,1265 \cdot Y_{21}$; Общая оценка степени тяжести: $ST = (ST(X) + ST(Y))/2$.

Выводы. Таким образом, прогнозируемый исход острой диареи, сделанный при поступлении в клинику совпал с клиническим исходом заболевания в 95% случаях. Хорошая эффективность моделей позволяет рекомендовать их к использованию в клинической практике кишечных отделений инфекционных стационаров.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ И МЕТОД ИХ КОРРЕКЦИИ

Шафигуллина З. А., Данилова И. Г.

ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина», Институт естественных наук и математики;

ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук», лаборатория морфологии и биохимии.

Актуальность проблемы. К числу распространенных патологий печени относятся острые токсические поражения. Резидентные макрофаги печени, а также широкий спектр синтезируемых ими цитокинов, играют решающую роль как в поддержании воспалительной реакции, так и в регуляции регенерации. Поиск новых подходов терапии, основанных на изменении функциональной активности макрофагов, способной приводить к модификации регенераторного потенциала печени, на сегодняшний день остается актуальной задачей.

Цель. Оценить локальный уровень цитокинов и роль макрофагов при токсическом повреждении печени и его коррекции.

Материалы и методы. Токсическое повреждение печени у крыс-самцов линии Wistar моделировали путем однократной внутрибрюшинной инъекции масляного раствора тетрахлорметана (CCl_4) в дозе 50 мг/100 г массы тела. Инъекции иммуномодулятора – аминокеталгидрида натрия (АКГ) экспериментальным животным осуществлялись в течении всего эксперимента внутримышечно из расчета 2 мг/кг. Животных опытных групп выводили из эксперимента на 3, 7 и 14 сутки.

Иммуногистохимический метод окрашивания был применен для определения F4/80⁺ клеток (макрофагов). Методом иммуноферментного анализа в гомогенатах печени определяли концентрацию IL-1, IL-6, IL-10, IL-18, IFN- γ , TNF- α , TGF- β 1.

При статистическом анализе для сравнения независимых групп использован непараметрический критерий Краскела-Уоллиса, $p < 0.05$.

Результаты. В ранние сроки токсического воздействия CCl₄ восстановительный рост ткани печени сопровождается увеличением числа F4/80⁺ клеток. На 7 и 14 сутки после введения CCl₄, количество F4/80⁺ клеток в печени резко снижается. При CCl₄-интоксикации зафиксировано увеличение концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 α , IL-6 и TNF- α , противовоспалительного медиатора IL-10 и снижение содержания TGF- β . Применение АФГ приводит к увеличению количества макрофагов в печени, способствует снижению продукции провоспалительных цитокинов IL-6, IFN- γ и не оказывает существенного влияния на локальную концентрацию IL-18, TNF- α и IL-10.

Выводы. При интоксикации CCl₄ макрофаги печени выступают в роли мишени токсического воздействия. Направленное воздействие АФГ, позволяет регулировать количество макрофагов в ткани печени, продукцию регуляторных факторов данными клетками и компенсировать недостаточную скорость восстановительных процессов после токсического повреждения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-315-90012.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Бобоев К.Т., Мусаишайхова Ш.М., Шамсутдинова Д.Б., Мусаишайхов У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови

Актуальность проблемы. Эссенциальная тромбоцитемия хроническое злокачественное миелопролиферативное заболевание клональной природы, характеризующееся пролиферацией мегакариоцитов, стойким тромбоцитозом и высоким риском развития сосудистых осложнений. Основной причиной, приводящей к инвалидизации, снижению продолжительности жизни и летальности при эссенциальной тромбоцитемии является развитие тромбозов, тромбозомболой и геморрагических осложнений. Кумулятивный риск клинически значимых тромбозов составляет 5% при продолжительности заболевания 5 лет и 14% при длительности эссенциальной тромбоцитопении десять лет. При длительном течении заболевания может наступить переход во вторичный посттромбоцитемический миелофиброз у 3–10% больных в течение первых 10 лет заболевания и у 6–30% пациентов при продолжительности заболевания свыше 10 лет.

Цель и задачи исследования. Цель данной работы состояла в оценке клинических особенностей, причин и риска развития тромбоцитических осложнений у больных эссенциальной тромбоцитемией.

Материалы и методы. В исследование включены 26 больных с впервые установленным диагнозом эссенциальной тромбоцитемии. В обследованной группе состояло 5 мужчин и 21 женщина. Соотношение мужчин и женщин равно 1 : 4,2. Возраст больных составил от 18 до 72 лет (средний возраст - 37 лет). Группу больных старше 60 лет составили 4 пациента. Всем больным выполнено исследование костно-мозгового кроветворения (трепанобиопсия гребня подвздошной кости с гистологическим исследованием трепанобиоптата), проведены лабораторные исследования крови.

Результаты и их обсуждение. В 23 случаях костный мозг был нормоклеточным. Гиперклеточность костного мозга выявлена в 3 наблюдениях. Гипоклеточный костный мозг не выявлен ни в одном случае. Бессимптомное течение заболевания (отсутствие любых жалоб, связанных с эссенциальной тромбоцитемией) наблюдалось в 17 случаях. В 2 наблюдениях пациенты испытывали дискомфорт, а также боли за грудиной. Основным клиническим проявлением заболевания, послужившим причиной обращения пациента в клинику, были жалобы на головную боль у 8. Головная боль в большинстве случаев носила характер мигрени. С умеренной спленомегалией (размеры селезенки не превышали 5 см из-под края реберной дуги) заболевание протекало у 5 больных, в остальных случаях — у 21 больного спленомегалия не выявлена. Основным лабораторным параметром, определяющим диагноз эссенциальной тромбоцитемии, являлось количество тромбоцитов в периферической крови. В исследуемой группе больных этот показатель составил от $529 \times 10^9/\text{л}$ до $1418 \times 10^9/\text{л}$ (в среднем $734 \times 10^9/\text{л}$). Другие показатели были следующими: эритроциты $3,2 - 5,9 \times 10^{12}/\text{л}$ (в среднем $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$), гемоглобин 82 - 105 г/л (в среднем 92 г/л), гематокрит 31 - 48,4% (в среднем 42%), лейкоциты $5,6 - 12,7 \times 10^9/\text{л}$ (в среднем $7,4 \times 10^9/\text{л}$).

Несмотря на молодой возраст пациентов, у 21 из них имелись сопутствующие заболевания. Из них у 11 диагностировано более двух сопутствующих заболеваний. Заболевания сосудов (геморрой, варикозная болезнь) — у 4 больных, патология женской репродуктивной системы (привычное невынашивание беременности, бесплодие, эндометриоз, миома матки, поликистоз яичников, фиброаденома молочных желез) — у 9, системные заболевания соединительной ткани (артрозо-артрит) — у 1, заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, аритмия) — у 8, эндокринной системы (сахарный диабет, узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, аденома гипофиза) — у 6, пищеварительной системы (хронический гастрит, желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка) — у 9, мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, хронический цистит, хронический пиелонефрит) — у 3 пациентов.

Известно, что основным осложнением заболевания, приводящим к инвалидности, являются тромбозы. У 14 пациентов с эссенциальной тромбоцитемией не имелись признаков болезни или симптомы. Первым клиническим признаком заболевания могло быть появление тромба (сгустка крови). Тромбоз может развиваться в любом месте организма, однако при эссенциальной тромбоцитемии, тромбы чаще всего формируются в головном мозге (инсульт), руках и ногах (тромбофлебит).

Признаки и симптомы заболевания зависели от того, где образовались сгустки крови. Клиническими симптомами у пациентов были: головная боль, головокружение или чувство тошноты, боль в груди, слабость, обмороки, временные нарушения зрения, онемение или покалывание в руках и ногах, покраснение, пульсирующие и жгучие боли в руках и ногах (эритромелалгия), небольшое увеличение селезенки. Тромботические осложнения в исследуемой группе выявлены у 7 больных: острое нарушение мозгового кровообращения - у 3, инфаркт миокарда - у 1, локтевой вены у 1,

подключичной вены - у 1, артерий сетчатки глаза - у 1. У 1 больного сгусток крови привел к транзиторной ишемической атаке - временному прекращению притока крови к части мозга и к инсульту. Признаки и симптомы развились внезапно.

В исследуемой группе не выявлено корреляции риска развития тромботических осложнений и возраста. Возраст больных эссенциальной тромбоцитемией с тромботическими осложнениями составил от 24 до 57 лет (в среднем 38 лет), без тромботических осложнений — 24 - 63 года (в среднем 42 года).

Для снижения риска образования тромбов рекомендовали низкие дозы аспирина, особенно, если имелась беременность. Аспирин делает тромбоциты менее липкими и они реже образуют тромбы. Если женщина принимала аспирин во время беременности, рекомендовали прекратить принимать его как минимум за неделю до родов, чтобы снизить риск развития кровотечения во время родов.

Пациенты получали терапию в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению Ph-негативных миелопролиферативных заболеваний: гидроксикарбамид — 9 больных, интерферон-α — у 8, анагредид — у 2, симптоматическую терапию (антиагреганты) — у 7 больных.

Заключение. Риск развития тромботических осложнений у больных эссенциальной тромбоцитемией в исследованной группе был высокий. Больные имели высокий риск развития такого рода осложнений независимо от возраста. Не выявлено достоверной ассоциации тромботических осложнений с высоким тромбоцитозом. Очевидно, что патогенез тромбозов сложен и нуждается в дополнительном детальном изучении.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ВЗРОСЛЫХ

Шербоева М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностика деструктивных форм заболеваний периодонта традиционно основана на данных клинического (измерение глубины зондирования и утери прикрепления) и рентгенологического (оценка состояния альвеолярной кости) обследования, позволяющих оценить степень тяжести заболевания. При заболеваниях периодонта имеет место «резорбция кости - потеря субстанции кости в результате физиологического или патологического процесса, проявляющаяся в уменьшении объема и размера гребня альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти». Наиболее полную оценку степени убыли костной ткани позволяет дать рентгенологическое исследование. При поражении периодонта в области одного или нескольких зубов регистрируют локализованный периодонтит, характеризующийся деструкцией межзубной перегородки той или иной степени. При генерализованном (когда в процесс вовлекается большинство зубов) периодонтите основными признаками являются остеопороз и снижение высоты межзубных перегородок. Выделяют различные стадии патологии: начальная стадия, когда кортикальные замыкающие пластинки вершин межзубных перегородок отсутствуют. Остеопороз межзубных перегородок без снижения их высоты. 1-я степень - уменьшение высоты межзубных перегородок на 1/3 длины корня; 2-я степень - высота межзубных перегородок снижена на 1/2 длины корня; 3-я степень - высота межзубных перегородок снижена на 2/3 длины корня. Распространение воспаления на периодонты рентгенологически проявляется в виде расширения периодонтальной щели в краевых отделах. При полной деструкции кортикальной пластинки лунки вокруг корня видна изъеденная, с неровными контурами губчатая кость. У разных групп зубов одного и того же пациента может отмечаться одинаковый уровень снижения высоты межальвеолярных перегородок (горизонтальный тип), в то же время снижение высоты межальвеолярных перегородок в области различных зубов может быть неравномерным (вертикальный тип).

Цель исследования. Дать рентгенологическую оценку состоянию тканей периодонта у взрослых.

Материалы и методы. В ходе исследования были изучены 92 ортопантограмм пациентов, которые согласно критериям ВОЗ, были распределены на 7 возрастных групп. В каждой возрастной группе была дана оценка типу и степени тяжести резорбции костной ткани.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили получить информацию о распространённости различных форм патологии периодонта.

АНКЕТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД АНАЛИЗА ЗНАНИЙ О ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА И ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

Шербоева М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи имеет большое социально-медицинское и общественное значение. Студенты представляют собой особую социальную группу, характеризующуюся специфическими условиями жизни, вынужденным нарушением режима труда, отдыха и питания, большой психоэмоциональной и умственной нагрузкой.

Цель исследования. Проанализировать уровень знаний студентов лечебного и стоматологического факультетов АГМИ по вопросам профилактической стоматологии.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование 200 студентов 2 и 3 курсов стоматологического и лечебного факультетов. В анкету входило 20 вопросов по профилактической стоматологии, здоровому образу жизни и здоровью полости рта.

Результаты. По определению ВОЗ здоровый образ жизни - это образ жизни, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Здоровый образ жизни предполагает физическую нагрузку, оптимальный режим труда и отдыха, правильное питание, достаточную двигательную активность, личную гигиену, закаливание, искоренение вредных привычек, позитивное восприятие жизни. В результате анкетирования у 32 студентов было выявлено, что в понятие здоровый образ жизни, они включают ведение активного образа жизни, физическую активность, соблюдение

режима учебы и режима дня. В результате анкетирования мы выяснили, что из всего разнообразия зубных паст студенты предпочитают зубную пасту Колгейт. Студенты не смогли указать полное название зубных паст, которыми они пользуются дома.

Выводы. 1. Студенты стоматологического факультета показали более высокий уровень знаний по вопросам профилактической стоматологии, чем студенты лечебного факультета. 2. Для лучшего усвоения знаний по профилактике основных стоматологических заболеваний необходимо подавать информацию в соответствии с психологическими особенностями современных студентов, которые легко ориентируются в мировых информационных ресурсах. При проведении анализа результатов анкетирования стало ясно, что при обучении следует внедрять интерактивные методы обучения, такие как дискуссии, мозговой штурм, обсуждение проблем профилактики через Интернет в режиме онлайн. 3. На стоматологическом факультете назрела необходимость создания специального кабинета гигиены и профилактики основных стоматологических заболеваний для всех студентов нашего института.

АҲОЛИНИНГ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ

*Шерқўзиева Г.Ф.
Тошкент тиббиёт академияси*

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги даврда саноат ишлаб чиқариш, электр энергияси, моторли транспорт воситаларидан фойдаланишнинг тез ривожланиб бориши оқибатида атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш муаммолари ўткир тус олиб бормоқда. Антропоген ифлосланишлар, асосан саноат корхоналари, авто ва ҳаво транспортлари, темир йўл, сув транспорти чиқиндиларининг атмосфера ҳавосига тушиши натижасида вужудга келмоқда. Шунингдек этиш керакки, саноат корхоналарининг тўғри жойлаштирилмаслиги, уларнинг ишлаб чиқариш қувватини тўғри баҳоламаслик, ташкилий ишларнинг пастлиги, технологик жараёнлардаги камчиликлар, шунингдек эски ва яроқсиз техника воситалардан фойдаланиш атроф муҳитнинг, хусусан атмосфера ҳавосини ифлосланишига олиб келади. Инсоният сўнгги 100-150 йил давомида табиатни ер устки қатлами биосферани шунчалар ўзгартириб юбордики, натижада унинг миллион йиллар давомида таркиб топган тозалик даражаси ва ҳолатига салбий таъсир кўрсатилди. Бу эса ўз навбатида аҳоли саломатлиги ва санитария турмуш шарт шароитларига, ҳамда ҳавонинг тоза софлигига салбий таъсир кўрсатади.

Тадқиқот мақсади: Биз юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, аҳолининг юқумли касалликлар билан касалланиши ва атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражасини ўзaro боғлиқлигини ўрганишни мақсад қилиб олдик.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқотни олиб боришда биз аҳолининг касалланиш ҳолати маълумотлари ва Ўзбекистон Республикасидаги амалдаги қонуний меъёрий ҳужжатлар ҳисобланди.

Тадқиқот натижалар: Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, биз аҳолининг юқумли касалликлар ва ташқи муҳит омили атмосфера ҳавосининг экологик –гигиеник ҳолатини текширдик. Кузатув йилида аҳолининг умумий сони 351504 ни ташкил этиб, улардан 216194 нафарида касалликлари қайд этилди, улардан 1372 нафари юқумли ва паразитар касалликларга дучор бўлиб, улардан 780 нафари аёлларни ташкил этди. Туман бўйича юқумли касалликлар билан бирламчи касалланиш 136350 бўлиб, улардан 72507 нафарини аёллар эканлиги аниқланди. Юқумли касалликлар бирламчи касалланиши 860 нафарни ташкил этди, уларнинг 489 нафари аёллардир. Олинган натижаларни аҳоли гуруҳлари бўйича таҳлил натижалари қуйидагиларни кўрсатди: болаларнинг умумий сони 90589 нафар бўлиб, улардан 832 юқумли касалликлари билан касалланган, беморларнинг 494 нафари қизлар, ўсмирларнинг умумий сони 16638 нафар бўлиб, уларнинг 42 нафарида касалланиш кузатилган. 12 нафар қизда ҳам касаллик аниқланган. Аҳоли яшаш жойларидаги атмосфера ҳавосининг экологик-гигиеник ҳолати натижалари қуйидагича, яъни ҳавони ифлослантирувчи манбалар қуйидагилар: “Оникс”, Агрегат заводи, „БАЙТЕКС“, “ФАЙЗ-КАРЬЕР”, “ТАШКЕНТ” мебел ишлаб чиқариш корхонаси ва бошқалар. Атмосфера ҳавосининг санитар-гигиеник ҳолати бўйича олинган намуналарнинг лаборатория таҳлил натижалари бўйича энг асосий ифлослантирувчи чанг эканлиги ва кўпгина намуналар гигиеник талабларга жавоб бермаганлиги аниқланди.

Хулоса: Юқорида олинган натижалар шунини кўрсатадики, аҳоли яшаш жойларидаги атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси бўйича олинган намуналарнинг 14,01% гигиеник талабларга жавоб бермаган ва аҳолининг юқумли касалликлар билан касалланиш ҳолати бошқа аҳоли гуруҳларига нисбатан болалар ва ўсмирларда энг паст кўрсаткич бўлиб, ўсиб келаётган авлоднинг соғлом эканлигини кўрсатади.

О СВЯЗАХ ГЕЛИОФИЗИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПОТОКА РАДИОИЗЛУЧЕНИЯ С УРОГЕЛИОМЕТЕОТРОПНЫМИ РЕАКЦИЯМИ

*Шодмонов М.А., Мамасалиев Н.С., Хамраев О.А., Маликов Т.А., Мамасалиев З.Н.
АнДГосМИ и АФРНЦЭМП, Андижан*

О климатических исследованиях к сожалению далёких лет, отмечено следующее: при сильных геомагнитных возмущениях показатель смертности от хронических неинфекционных заболеваний повышалась и в геомагнитно-возмущённые дни возрастает поступления больных с заболеваниями мочевы-делительной системы. Однако специальных клинкогелиометеорологических наблюдений в условиях ферганской долины не проводилось.

Цель исследования – изучение связи гелиофизических факторов (в примере потока радиоизлучения) урогелиометеотропными реакциями в географической зоне ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: медико – географический анализ гелиометеорологических условий показал что в Ферганской регионе имеются специфические особенности которое выявлялось нами совместно с сотрудниками Андижанского регионального бюро Республиканского метеорологического управления, Исследование проводилось в АФРНЦЭМП у 1046 больных с острыми урологическими заболеваниями. В течение трех лет наблюдения за больными получен периодический обзор гелиофизических факторов из главного управления по гидрометеорологии при Кабинете

Министров Республики Узбекистан. Проводилось сопоставление урогелиометеотропных реакций (УГМР) с потоком радиоизлучения на волне 10,7 см (F10.7). В обработке данных использованы методы относительной статистики, программ Microsoft Excel и Microsoft Access.

Результаты и выводы: имеется коррелятивная связь между УГМР и потоком радиоизлучения при этом данный гелиофизический фактор оказался сравнительно более мощным патогенным фактором. Так, при меньших уровнях потока радиоизлучения субъективные проявления УГМР определялись с частотой 0,4% (при потоке радиоизлучения ≤ 117), физические симптомы УГМР – 0,2%, мочевые симптомы УГМР – 0,2%, УГМР в виде желудочно-кишечных проявлений – 0,0%, УГМР с биохимическими изменениями – 0,0% и, всего УГМР – 0,6%. При потоке радиоизлучения более 178, отмеченные УГМР резко возрастает соответственно – до 28,3% ($\chi^2=0,87$; $p < 0,01$), 30,9% ($\chi^2=0,58$; $p < 0,05$), до 31,0% ($\chi^2=0,72$; $p < 0,01$), до 52,4% ($\chi^2=0,54$; $p < 0,05$), до 34,1% ($\chi^2=0,91$; $p < 0,001$), и 33,7% ($\chi^2=0,96$; $p < 0,001$).

Таким образом, можно считать что флюктуация потока радиоизлучения является фактором риска прогрессирования климатических проявлений у больных с заболеваниями мочевыделительной системы.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ: О СПЕЦИФИКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕЛИОМЕТЕОПРОФИЛАКТИКИ

*Шодмонов М.А., Мамасалиев Н.С., Хамраев О.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.
АнД ГосМИ и АФРНЦЭМП*

Исследователями подтверждаются, что между урологическими заболеваниями (УЗ) и гелиогеофизическими факторами (ГФФ) существует определённая связь. В качестве и гелиогеофизических показателей исследователями чаще используются – индекс СА, поток радиоизлучения, К-индекс и число солнечных пятен.

Цель исследования – Изучения связи между гелиогеофизическими факторами и урологическими заболеваниями, разработка рекомендаций для региональной гелиометеофилактики (ГМП) УЗ в Ферганском регионе Узбекистана.

Материалы и методы: под контролем и наблюдением находились 152 больных острым пиелонефритом, 394 больных обструктивным острым пиелонефритом, 91 больных почечной коликой, 60 больных острым циститом и 13 больных иштурией на фоне аденомы простаты.

В течение 3-х лет полученные данные у больных урологическими заболеваниями сопоставлялись с ГФФ (солнечной активностью) и магнитной напряжённостью земли за эти же сроки.

Результаты и выводы: прежде всего следует отметить, что выявленные нами результаты служат руководством для практикующих врачей в разработке современных систем метеогелиофилактики УЗ с учётом гелиогеофизической обстановки в регионах страны. В частности в Ферганской долине. Показано, что гелиогеофизические отрицательные факторы, которые являются характерными для региона Ферганской долины Узбекистана, способствуют развитию и прогрессированию УЗ; отягощают клиническое течение острого пиелонефрита, нефропатии почечной колики острого цистита и аденомы простаты. Гелиогеофизическая обстановка порою проявляется в виде «Гелиофизического взрыва», который приводит гелиоклиматопогоднотемпературологическому дискомфорту и, как следствие этого, запускается «каскад» реакций (с утяжелением гипоксических тонизирующих, спастических и гипертензивных процессов), способствующих к развитию риска «урологического континуума».

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ГЕЛИОМЕТЕОУСЛОВИЯ С ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПУТИ МЕТЕОПРОФИЛАКТИКИ

*Шодмонов М.А., Мамасалиев Н.С., Хамраев О.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.
АнД ГМИ и АФРНЦЭМП, Андижан.*

Имеющиеся литературные данные подчеркивают, что, несмотря на развитие медицины высокой технологии, в области климата патологических аспектов урологических заболеваний (УЗ) много недоучетов. А именно: стратегия метеофилактики не разработана, нет концепции метеогелиофилактики. Следовательно, изучения региональных особенностей формирования метеогелиогеофизических и климатических факторов на организм человека в целом и к развитию УЗ в частности, в настоящее время является серьёзной концептуальной и методологической, научно-практической проблемой.

Цель исследования – изучение и оценка влияний гелиометеоусловий с гипертермической гипоксией (ГМГТ) на развитие урологических заболеваний (УЗ).

Материалы и методы: для определения весомости ГМГТ в развитии урологических заболеваний у 1046 больных использовано методика много факторного анализа и функциональная модель статусометрии.

Результат и вводы: между термическим режимом в виде ГМГТ и УЗ среди населения имеется прямая коррелятивная связь: при повышении ГМГТ и усилениях ее колебаний ($\geq +25,4^\circ\text{C}$) наблюдается увеличение случаев выявляемости УЗ до 17,8% ($\chi^2=0,98$; $p < 0,001$). При низких уровнях колебаний ГМГТ их выявляемость не превышает ($< -5,3^\circ\text{C}$) 2,6% ($p < 0,001$).

Так установлено, что при ГМГТ формирование острого пиелонефрита увеличивается на 27,3% ($\chi^2=0,96$; $p < 0,001$); случаи об рефлюкс нефропатии возрастают на 27,7% ($\chi^2=0,98$; $p < 0,001$); почечная колика на фоне мочекаменной болезни увеличивается на 18,2% ($\chi^2=0,87$; $p < 0,001$); острый цистит отмечается с нарастанием на 35,7% ($\chi^2=0,99$; $p < 0,001$); иштурия на фоне аденомы простаты увеличивается на 25,0% ($\chi^2=0,88$; $p < 0,001$).

Отметим, такая закономерность утверждается в течение всего три года кликометеорологического наблюдения и, следовательно представляет непосредственный интерес при проведении метеофилактики хронометео-гелиофилактики и хронотерапии у больных с урологическими заболеваниями.

ФАКТОРЛИ АНАЛИЗ УСУЛИ ЁРДАМИДА ЎТКИР ДИАРЕЯ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЎРГАНИШ

*Шожаилова М.С., Косимов И.А., Осипова Е.М.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги. Сўнги йиллардан буён ўткир диарея болаларда учрайдиган касалликлар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «...ўткир ичак инфекциялари асосан эрта ёшдаги болаларда учраб, ошқозон-ичак йўллариининг ўткир яллиғланиши ва организмнинг сувсизланиши билан кечадиган оғир асоратларга, ҳаттоки ўлимга олиб келиши мумкин. Дунёда ҳар йили 5 ёшдан кичик ёшдаги болаларнинг 1,87 миллиони диарея туфайли ҳаётдан кўз юммоқда. 10 та ўлим ҳолатининг 8 таси болалар ҳаётининг биринчи 2 йилига тўғри келмоқда. Аксарият ҳолларда, касалхонага ётқазилаётган беморларнинг 30-45 % ўткир ичак инфекцияларига тўғри келмоқда». Бу борада жумладан болалар саломатлигини мустахкамлаш, айниқса, эрта болалик даврида ўткир ичак касалликларини ташхислаш ва даволашнинг юқори замонавий усуллариини ишлаб чиқиш, аниқлаш муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқотнинг мақсади: болаларда ўткир диареяли касалликларни факторли анализ усули ёрдамида дифференциал ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари сифатида турли этиологияли ичак инфекциялари билан 212 нафар ва этиологияси аниқланмаган 48 нафар бемор ҳамда 32 нафар соғлом болалар олинди. Умумклиник, иммунологик, биокимёвий, бактериологик, серологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Ўткир диарея синдромини характерловчи кўрсаткичлар таъсирини мукамал (кўп факторли) кўп омилли тахлили ёритиб берилган.

Натижа ва муҳокама. Бундай усуллардан бири, факторли (омилли) тахлил усули ҳисобланиб, касалликнинг клиник кечиши ва асоратларни юзага келишида ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган, шунингдек коррекцияловчи даво тарапиясини танлашга, ҳамда даволаш самарадорлигига бевосита таъсир этувчи энг муҳим омиллар сабаблари рационал миқдорини аниқлашга имкон берган. Ушбу модел учун 20 та энг аҳамиятли омилларнинг тўлақонли факторизацияси (71%) учун идентификация қилинган факторлар F – O га бирлаштирилди. Бемор болаларнинг якуний ҳолати ва ва корректирлови патогенетик даволаш натижаларига бевосита таъсир этувчи 20 та омилларни ажратиб олиш учун умумлаштирилган интерпретация – ичакнинг патофизиологик ҳолати ва унинг микрофлорасини ўрганиш бўйича клиник, клиник-лаборатор маълумотлари, параметрлари, ҳамда касалликнинг этиопатогенетик коррекцияси натижаларини тавсифловчи (патологик жараёнининг барча белгиларини ўз ичига олган) 71% ҳарорат мезонлари асослаб берилди.

Беморларнинг якуний ҳолатига таъсир кўрсатувчи умумий омиллар структурасида гипертермиянинг давомийлиги (F – 1) омили (8,5%) айниқса аҳамиятга эга бўлган. Ажратилган омиллар ичида кейинги (F-2) оғрик синдромининг (фактори) беморларнинг якуний ҳолатига таъсири 5,8% таъсил этди. Қолган 4 та аҳамиятли омиллар (F-3, F-6) (ЎИИ этиологик омили, ШПМ аниқланиши билан бирга НФИТ нинг ҳолати) умумий омиллар модели стгузилишида 4,9-4,1% улущига эга бўлди. Клиник кузатувларнинг кўрсатишича, ичак дисбактериозининг II ва III даражаси фонида кечувчи ичак инфекциялари беморларида, аксарият ҳолатларда камқонлик (0,614) белгилари кузатилиб, даволаш тактикасига жиддий корректив ўзгартиришлар киритишни талаб этади. Бундан ташқари, нажас массаларининг ранги касаллик оғирлигини баҳоловчи мезонлардан бири бўлиб, касаллик якунига бевосита таъсир кўрсатади (0,499). Дисбактериоз ривожланишида асосий этиологик омиллардан бири протейлар ҳисоблангани сабабли, F – 11 (3,0%) омили ажратилди. Ушбу ўн биринчи F – 11 (3,0%) омил таъсирининг аҳамияти ЎИИ омилли юқламалар доирасида тахлил қилинди. Хусусан, протейларнинг (0,718) аниқланиши ичак дисбактериозининг ривожланганидан дарак беради. F – 11 (3,0%) омилнинг таъсири шунингдек, орқа чиқарув соҳасининг бўшашиши, очиклиги (0,528) ва ҳамроҳ касаллик – рахит (0,302) билан намоён бўлган. F – 12 (2,9%) таъсири, ичак микробиоценозида чуқур ўзгаришларга олиб келувчи, ШПМ, масалан Candida оиласига кирувчи хамиртуришсимон замбуруғлар (0,626) каби микроорганизмларнинг ортганлигини кўрсатади. Дисбактериознинг клиник намоён бўлиши қорин шишиши (метеоризм) (0,384), ичак ғўлдираши (0,713), сигмасимон ичакнинг оғриклиги (0,379) белгилари орқали ифодаланadi. ЎИИ ва диарея синдромининг клиник кечишига таъсир кўрсатувчи F – 13 (2,8%) омили, ичак зарарланишидан дарак беради ва кучаниқлар даражаси (0,865) ва нажас характерининг ўзгариши (0,467) билан боғлиқ бўлган. Табиийки, ЎИИ клиник намоён бўлишини ифодаловчи муҳим белгилардан бири (айниқса, диэнтерия ва сальмонеллезда) кучаниқлар (тенезмлар) ҳисобланиб, улар ҳам нажаснинг ўзгариши каби, ичак моторикасининг патологик бузилишидан дарак беради. F – 14 (2,5%) алоҳида қизиқиш уйғотади, сабаби унинг таркибий мезонларига диареянинг бошланиш даври (0,648), диареянинг давомийлиги (0,788), оғрик синдромининг давомийлиги (0,343) ва касалхонага ётқизилган куни билан ифодаланadi. F – 15 (2,4%) омили этиборга лойиқ бўлиб, болаларда ЎИИ патологик жараёнининг ривожланишига таъсир этувчи қусиш омили (0,751). Бу омил ривожланиши дисбиотик ҳолатни, ҳамда нажаснинг шиллиқлиги (0,340) ва дефекациялар сони (0,527) каби белгиларни бирлаштиради, бу эса бевосита касаллик якунига (0,337) таъсир кўрсатади. F – 16 (2,4%) болаларнинг ҳамроҳ касалликлари, жумладан сепсис ҳолати (0,403) аниқланиб, антибиотикларга чидамли штаммларнинг аниқланиши ва диареяли синдромни патологик келишини белгилайди (0,582). Кузатилаётган ўзгаришларнинг тобора оғирлашиб бориши фақат ичакдан эмас, балки бошқа аъзоларда, биринчи навбатда юрак-қон томир тизимида (0,342), юрак қисқаришлари сони (0,650) бузилиши билан намоён бўлган, ўз навбатида юрак қон ҳажмининг ортишини белгилувчи гиперкинетик ҳолати, юрак чиқариш функциясининг ортиши ва гомеостаз ўзгариши фонида организмда суюқликнинг тутиб қолиниши, бевосита касалликнинг оғирлаштиради. Ҳамроҳ касалликларнинг аниқланиши, шубҳасиз, даволаш коррекциясига ўзгартиришлар киритишни талаб этади.

F – 19 (2,1%) омилнинг таъсири, эпидемиологик омил аҳамиятида кузатилиб, бифидумбактериялар (0,766) аниқланиши ва нормал ферментатив фаолликдаги ичак таёққанинг (0,329) аниқланиши билан белгиланади. F – 20 (2,0%) омили, ичак инфекцияларининг юкиш йўллари (0,347), ўпкада хириллаш (0,362) ва тана ҳароратининг кўтарилиши (0,788) каби белгиларни бирлаштиради.

Шундай қилиб, ўтказган омилли тахлил ўткир ичак инфекциялари кечиш даражасининг оғирлигини баҳолаш мезонлари факторизациясига асосланган. Ушбу мезонларга: юқумли жараён ривожланишини кузатиш, токсикоз ва эксикознинг ифодаланиш даражаси, температура реакцияси ва меъда-ичак бузилиши, уларнинг давомийлиги, патологик жараёнга юрак-қон томир ва марказий асаб тизимини жалб қилиниши, қон ва копрограмма кўрсаткичлари киритилди

Хулоса. Факторли анализ натижалари асосида гипертермиянинг давомийлиги, оғрик белгиси, нормал ферментатив активликдаги ичак тайёкчаларининг ҳолати ва этиологик омил ҳамда шартли патоген флоралар ўткир ичак инфекцияларининг оқибатларига таъсир килувчи етакчи омил деб тасдиқланди. ЎИИ беморлар соғлиғига катта (сезиларли даражада) зарар етказувчи инфекциялар сифатида характерланади. Болалар ўткир ичак инфекциялари оқибатларини белгилувчи омилларидан қўзғатувчининг патогенлиги ҳамда беморнинг преморбид ҳолатига боғлиқлиги аниқланган.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

*Шомансурова Ш.Ш., Шаджалилова М.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время менингококковая инфекция имеет эпидемиологическую и социально-экономическую значимость, а также сохраняет свою актуальность для здравоохранения многих стран мира в силу периодически возникающих эпидемий, высокой летальности и тяжелых клинических проявлений, манифестных форм заболевания. Эпидемический процесс менингококковой инфекции имеет своеобразные черты несколько отличные от типичных проявлений эпидемического процесса инфекций дыхательных путей. Периодические подъемы и снижения уровня заболеваемости также имеют свои особенности, чем при других инфекциях с капельным механизмом передачи.

Целью настоящих исследований, явилось изучение эпидемиологических и клинико-сериологических особенностей, присущих менингококковой инфекции в Узбекистане в современный период.

Материалы и методы. При проведении исследования были использованы данные многолетней заболеваемости МКИ среди населения республики, в возрастном аспекте, а также в разрезе областей за 10 лет (2010 - 2019 гг.) предоставленных Республиканским ЦГСЭН. Кроме того, анализ представлен на основании материалов и наблюдений городской инфекционной больницы №1 за указанный период времени. Обследовано 1667 больных : 1116 в возрасте до 14 лет и 551 старше 14 лет.

Результаты и обсуждения. За период наблюдений 2002-2012 гг. в республике в разрезе областей интенсивный показатель заболеваемости менингококковой инфекцией колебался от 0,5-1,8 на 100.000 населения.

В эти годы средняя многолетняя динамика заболеваемости поддерживалась в основном за счет круглогодичной заболеваемости, которая составила 69% от всей заболеваемости ; 35% падало на сезонную заболеваемость, около 2 % - на вспышечную заболеваемость.

В исследуемый период удельный вес заболеваемости менингококковой инфекцией детей до 14 лет составил – 80,2 % ; у взрослых – 19,8 %. В этот период уменьшились различия заболеваемости среди организованных и неорганизованных детей. Руководствуясь клинической классификацией Ш.Х.Ходжаева (1986), были выделены следующие клинические варианты течения заболевания : менингококковые менингоэнцефалиты (32,0%), менингиты (24,0%), менингококкцемия в сочетании с менингитом (19,9%), менингококкцемия (12,1%) и менингококковый назофарингит (12,4%). Тяжелые формы заболевания в виде менингоэнцефалитов возросло в 2,7 раза, менингококкцемии в 1,5 раза, на фоне значительного (в 2,4 раза) снижения легких форм болезни и назофарингитов. Данная ситуация свидетельствует о недовыявлении больных этими формами болезни, что связано со снижением внимания и настороженности в годы благополучия к этой инфекции медицинских работников.

Заключение. Таким образом, при отсутствии тенденций к росту заболеваемости исследуемый период характеризует: спорадический характер заболеваемости ; преимущественно круглогодичную заболеваемость менингококковой инфекцией ; высокий удельный вес заболевших детей до 14 лет, превышающий этот показатель у взрослых в 4 раза ; незначительный уровень менингококкового носительства вне очагов и в очагах инфекции в городской и особенно сельской местности. Уровень носительства прямо пропорционален возникшей эпидемической ситуации.

БОЛАЛАРДА ЭМЛАШ МУОЛАЖАЛАРИНИ ОЛИШ МУХИМЛИГИ СОХТА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР ҲАҚИДА ОНАЛАРНИНГ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ

*Рахматова М.М.
АДТИ*

Асослаш: Охирги йилларда Ўзбекистонда эмлаш учун барча дорилар етарли ва давлатимиз тамонидан етказиб берилишига қарамай эпид паратит, кизамиқ кизилча, қўқйўтал, пневмания касалликлари оз бўлсада учраб турибди. Бу ҳолат ҳозирги кунда 2-5 ёшгача бўлган болалар ўртасида юқори кўрсаткични кўрсатмоқда.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда оналарга болалар орасида учрайдиган касалликларга сохта қарши эмлатмалар ҳақидаги маълумотларини янада ошириш эмлаш ишлари сифатини яхшилаш ва шу орқали эмлаш орқали бошқарилиб бўладиган касалликларни олдини олиш.

Услуб: Бизнинг текширув ишларимиз Андижон шаҳар, Шимолий кичик даха аҳолисидаги ота-оналар ўртасида ўтказилди. Текширувимизга 30 нафар оналар ва оилани бошқа аъзолари яъни қайноналар гуруҳи ажратиб олинди. Текширув услуби сифатида махсус ишлаб чиқарилган саволномалардан фойдаланиб анкета сўровномаси ўтказилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси олинди ва жавоб бердилар. Сўнгра ушбу қатнашчиларга УАШ томонидан олиб борилаётган эмлаш муолажалари уларнинг муҳумлиги, эмлаш олинмаганда қандай оқибатлар юз бериши, эмланмаган болаларда касалликнинг кечиши ҳақида ва ҳозирги вақтда сабабсиз сохта кўрсатмалар (яъни қайнонасининг эмлашдан кейин бўладиган реакциялардан қўрқиб уларни эмлаш олиш учун норозилиги, оналарни энгил шамоллашларда ҳам эмлаш муолажасини олмаганлиги) орқали болалар эмлаш муолажаларини олиши орқали эпид паратит, кизамиқ кизилча, қўқйўтал, пневмания касалликларни батамом йўқотиш мумкинлиги ҳақида маъруза ўқилди ва ролик ўйин, кинолавҳалар

билан бойитилди. Бу маърузада махалла шифокорлари ҳам тингловчи сифатида иштирок этди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 30(36,6%)киши, 2-анкета сўровномасида 28(93,3%)киши жавоб берди.

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғимда бирламчи – профилактик ишларимиз сифати яхши эмас. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, оналар ва оила аъзолар орасида эмлаш ҳақида билим савиялари паст даражада. Эмлашни вақтида олмаса болада қандай асоратлар содир бўлиши тўғрисида маълумотга эга эмас. Оддий шамоллаш даврида қўшиллар, қайноналар ёки айрим оналар шу маълумотлар камлиги туфайли эмлаш олмаядилар

Тавсиялар: 1.УАШ, оилаларда, биргаликда бундай учрашувлар, давра суҳбатларини ёш оилалар орасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2.УАШ ва ҳамшира уйма-уй юриб оилаларда яқка тартибда суҳбатлар олиб бориш ва патронаж ишларини кучайтиришлари керак. 3. Суҳбатларни кўргазмалли қуроллар ва буклетлардан фойдаланган ҳолда олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Болезнь Паркинсона является прогрессирующим мультисистемным заболеванием, вовлекающим дофаминергическую, норадренергическую, серотонинергическую и холинергическую системы с широким спектром как двигательных, так и недвигательных(вегетативных, диссомнических, сенсорных, нервно-психических) проявлений. Некоторые из немоторных симптомов предшествуют моторной манифестации заболевания за 5-20 лет. Выявление биомаркеров премоторной фазы заболевания важно для ранней диагностики и лечения.

Цель исследования. Изучить и оценить эффективности диагностические методы болезни Паркинсона на ранних стадиях заболевания.

Методы исследования. Для решения поставленных задач, мы использовали данные транскраниальной сонографии, электромиографии, ЭЭГ изменение и др.методы.

Результаты исследования. Применение транскраниальной сонографии (ТКС) при БП основано на получении гиперэхогенного сигнала от черной субстанции за счет увеличенного в ней содержания железа. Гиперэхогенность на начальных стадиях БП выявляется на стороне, контралатеральной двигательным нарушениям, более чем у 90% больных. Приблизительно у 40% родственников первой степени пациентов с БП обнаруживаются изменения при ТКС. Гиперэхогенность черной субстанции может быть также выявлена и у 9% клинически здоровых людей. Дополнительно заметим, что у здоровых лиц с усиленной эхогенностью черной субстанции при ПЭТ было обнаружено значительное снижение накопления ¹⁸F-флюородопы в полосатом теле в 60% случаев по сравнению с контролем.

Изменения на ЭМГ могут выявляться на субклинических и ранних стадиях БП. Они могут также обнаруживаться у 17,3% здоровых людей среднего и 26,2% пожилого возраста, что отражает наличие скрытой экстрапирамидной недостаточности и ослабление тормозных надсегментарных влияний с возрастом.

У здоровых родственников лиц с БП в 45% случаев обнаруживается наличие залповой активности на ЭМГ. Обследование клинически интактных конечностей у пациентов с I стадией БП с помощью ЭМГ со спектральным анализом выявило изменения в 71% случаев в верхних и 58% – в нижних конечностях. Эти данные представляют определенный интерес в качестве перспективной возможности применения данной методики как инструмента, облегчающего раннюю диагностику БП.

Результаты применения стимуляционной миографии – электронейромиографии – у лиц с БП противоречивы. Некоторые авторы отмечали снижение амплитуды М-ответа на электронейромиографии. По результатам наших исследований, для ранних стадий БП характерно увеличение амплитуды М-ответа в мышцах кистей и стоп на стороне дебюта двигательных нарушений, что подтверждается результатами других исследований. У пациентов с БП амплитуда М-ответа в мышцах кисти выше, чем у лиц с сосудистым паркинсонизмом. Скорость проведения импульса (СПИ) по периферическим нервам у больных БП также претерпевает изменения: имеется снижение СПИ при БП, связанное, вероятно, с ослаблением нисходящих супраспинальных и внутрисегментарных тонических импульсаций и облегчением функции α-мотонейронов. Описано повышение СПИ при БП.

По нашим данным, у пациентов с начальными стадиями БП происходит усиление проведения по двигательным волокнам периферических нервов, что проявляется в увеличении СПИ и уменьшении показателей латентности М-ответа. Высокие значения СПИ, по-видимому, объясняются уменьшением нисходящих тормозных влияний со стороны нигростриального тракта на интернейроны тонического рефлекса растяжения и повышением возбудимости спинальных мотонейронов. Для оценки функционального состояния мотонейронного аппарата спинного мозга используют и моноинаптическое тестирование (Н-рефлекс), исследование которого, как правило, указывает на повышенную возбудимость спинального α-мотонейронного аппарата. При БП отмечаются снижение латентного периода, уменьшение порога вызывания и увеличение амплитуды Н-ответа.

Выводы. Таким образом, обзор методов доклинической и ранней клинической диагностики БП показывает, что, кроме дорогостоящих и малодоступных методик ПЭТ и ОФЭКТ, не существует однозначных биомаркеров премоторной фазы заболевания. Однако круг этих показателей определен и критерии премоторной фазы БП продолжают разрабатываться, что, возможно, позволит в будущем существенно изменить ход заболевания, используя нейропротективную терапию на этапе, предшествующем гибели значительного числа дофаминергических нейронов черной субстанции. Для практикующих врачей важно, с нашей точки зрения, понимание того, что БП начинается не с известных клинических симптомов поражения черной субстанции, а с немоторных проявлений заболевания. Их обнаружение позволит правильно определять стратегию лечения и тем самым обеспечит повышение качества жизни пациентов с БП.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПАТОГЕНЕЗ РАННЕГО ПЕРИОДА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание. Несмотря на все последние достижения в области лечения болезни Паркинсона, в настоящее время ни один из имеющихся препаратов не может замедлить или остановить прогрессирование заболевания. После 15-лет заболевания более 70% больных умирают, а из выживших - около половины нуждаются в уходе. Инвалидизация при БП является результатом не только прогрессирования основных двигательных, но и недвигательных нарушений, моторных флуктуаций, дискинезий.

В последние годы активно изучаются аспекты клинического, патоморфологического, нейровизуализационного прогрессирования болезни Паркинсона. Однако, остаются нерешенные вопросы и один из них – оценка прогрессирования заболевания. В настоящее время оценка проводится клинически, так как данные функциональной нейровизуализации не могут отразить в полном объеме прогрессирование как двигательных, так и недвигательных нарушений

Цель исследования. Изучение клинических особенностей раннего периода болезни Паркинсона и патогенетических механизмов двигательных нарушений, депрессии, нарушений высших психических функций; разработка дифференцированного подхода к диагностике и лечению.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование проводилось в течение 3х лет, начато с сентября 2017г и закончено в октябре 2020г. В исследование включено 136 больных с болезнью Паркинсона, из них 77 мужчин и 59 женщин, средний возраст составил $63,16 \pm 10,4$ лет, продолжительность заболевания $7,5 \pm 3,8$ лет.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что оценка нарушений высших психических функций с дополнительной количественной оценкой программирования в сочетании с оценкой моноаминового метаболизма у больных болезнью Паркинсона позволяют оценить характер поражения корково-подкорково-стволовых связей, имеют диагностическое значение.

Результаты нейрофункциональных исследований показали, что по данным магнитной стимуляции моторной коры головного мозга можно оценить динамику двигательных симптомов, проводить раннюю диагностику, выбор и контроль проводимого лечения в раннем периоде болезни Паркинсона. Проведенные исследования метаболизма катехоламинов позволили углубить понимание нейромедиаторных механизмов двигательных нарушений на ранних стадиях болезни Паркинсона, что имеет практическую значимость при выборе тактики лечения.

Результаты выявленных нарушений моноаминовой продукции на фоне депрессии в раннем периоде болезни Паркинсона позволяют осуществлять более точную диагностику течения заболевания и выбор адекватного подхода к лечению. Разработанная концепция дифференцированного подхода к лечению болезни Паркинсона в раннем периоде, позволит снизить лекарственные осложнения, повысить эффективность лечения, продлить компенсированный, стабильный период заболевания и улучшить качество жизни больных.

При исследовании в динамике при нарастании тяжести симптомов в раннем периоде болезни Паркинсона клиническая форма с преобладанием дрожания характеризуется наиболее стабильным паттерном функциональной активности кортикальных и спинальных интернейронов, но ранним ускорением проведения импульсов по пирамидному пути. У 275 больных ригидной формой имеет место раннее увеличение длительности М-ответа, пропорциональное выраженности брадикинезии и усилению дофаминергического дефицита, в сочетании с нарастанием амплитуды М-ответа при фасилитации, преимущественно на стороне большей мышечной ригидности. Акинетическая форма характеризуется ранним ускорением проведения импульсов по пирамидному пути с гипертонусом кортикальных мотонейронов.

Выявлено, что уже в дебюте паркинсонизма имеет место выраженный дефицит биологически активных медиаторов катехоламиновой природы - дофамина, норадреналина и серотонина с одновременным усилением катаболизма дофамина, о котором свидетельствует устойчивое усиление процесса его окислительного дезаминирования, в сравнении с нормой. При начальных клинических проявлениях усиление кругооборота дофамина имеет компенсаторный характер, направленный на увеличение свободного дофамина. По мере прогрессирования дегенеративного процесса выявляется отчетливое снижение уровня предшественника в цепи биосинтеза катехоламинов ДОФА и соотношения ДА/ДОФА, как показателя активности моноаминоксидазных процессов, прямо пропорциональных тяжести брадикинезии и тремора, что свидетельствует об истощении резервов для синтеза катехоламинов.

Клинические формы характеризуются неодинаковым сочетанием параметров катехоламинового метаболизма на ранних стадиях болезни Паркинсона, что приводит к разной реакции на лечение дофаминсодержащими препаратами. У больных дрожательными формами выявлен более активный метаболизм дофамина, в сравнении с ригидными формами, имеющими более выраженный дефицит синтеза дофамина и норадреналина. Выраженность тремора имеет прямую корреляцию с уровнем экскреции серотонина в моче ($r=0,44$; $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, у этой пациентки БП дебютировала немоторный синдром — депрессией, а прием типичного нейролептика, вероятно, ускорил появление двигательных расстройств за счет блокады дофаминергических рецепторов стриатума.

По данным разных авторов, частота депрессии в популяции составляет 3—10%, а при БП она встречается в среднем у 40—50% больных. Депрессия при БП может носить эндогенный и экзогенный характер. Эндогенная депрессия связана с дефицитом моноаминов, характерным для данного заболевания, экзогенная депрессия — с реакцией больного на неуклонно прогрессирующее хроническое заболевание.

ФИТОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОРТОДОНТА

*Эсонов Бахтиёржон Ювашибоевич
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. У пациентов, составляющих одну из наиболее вероятных групп риска, состояние пародонта и его реакции на ортодонтическое лечение требуют особого внимания, так как морфофункциональные нарушения, вызванные аномалиями зубочелюстной системы, сами по себе являются мощными патогенетическими факторами, обуславливающими инициацию и развитие заболеваний пародонта. Указанное обусловило столь частое развитие у пациентов, получающих ортодонтическое лечение, осложнений в виде воспалительных процессов в пародонте, требующих к себе самого пристального внимания в плане их своевременной диагностики и лечения, причем при участии специалистов смежных специальностей (в частности, пародонтолога), что в свою очередь определяет высокую актуальность этой проблемы.

Материалы и методы. Под наблюдением врачей-ортодонт в детской стоматологической поликлинике находилось 203 человека в возрасте от 15 до 25 лет. Из них: 57 человек с диагнозом гингивит; 94 человека - с легкой степенью тяжести; 45 человек - пародонтит средней степени тяжести. Больные разделены на 2 группы: 153 (75,4%) пациента составили основную группу. В качестве местного лечения им проводился лазерофорез с Болюсы Хуато. Во второй группе проводилась обычная лазеротерапия. Общеклинические методы исследования включали: сбор анамнеза, результаты объективного обследования, а именно: состояние прикуса, десен (цвет, отечность, кровоточивость), наличие мягких и твердых зубных отложений. Кроме того, определялись: индекс кровоточивости, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, проба Шиллера-Писарева. Гингивальный индекс, определяет состояние десны с вестибулярной, язычной, медиальной и дистальных поверхностей. Каждую из четырех сторон оценивают в баллах по следующим критериям: 0 - нормальная десна; 1 - легкое воспаление, легкое изменение цвета, легкий отек, нет кровоточивости при дотрагивании; 2 - умеренное воспаление, десна гиперемирована, отечна, кровоточит при прикосновении; 3 - тяжелое воспаление, выраженная гиперемия и отек, изъязвления, тенденция к спонтанному кровотечению. Сумму оценок делят на четыре и находят индекс у данного зуба.

Результаты и обсуждения. На основании обследования непереносимости применяемых лекарственных веществ ни в одном случае выявлено не было. После проведенного лечения у пациентов обеих групп значительно уменьшилась частота жалоб на болевые ощущения, кровоточивость десневых сосочков, запах изо рта. В процессе лечения получены достоверные данные по снижению уровня кровоточивости десен и уменьшению серозно-гнойного отделяемого из патологических пародонтальных карманов на основании анализа данных инструментального метода исследования кровоточивости десен и функциональной пробы Kotschke на выявление гнояного экссудата из патологического пародонтального кармана. Анализ пародонтологических индексов выявил, что изменения после лечения происходят в обеих группах в сторону снижения. Через 3 месяца после проведенного лечения степень нарастания значений в группах также различна и наиболее выражена в контрольной группе, что позволяет предположить пролонгированное действие лазерофореза.

Таким образом, на основании выше изложенного можно сделать вывод, что необходимо сочетать комплексный подход в оказании ортодонтической помощи детям и подросткам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРГАЛСА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА

*Эшбадалов Х.Ю., Тешабоев М.Г., Мансурова Ф.Х., Халилова Б.Р.
АГМИ*

Фурункулы и карбункулы лица являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями и среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) занимает до 27%. Фурункулы у 64,2%, карбункулы у 15,1% больных локализуются на лице.

Несмотря на успехи в области их лечения, фурункулы и карбункулы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдаются летальность от внутри черепных осложнений и сепсиса.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности фаргалса при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ.

Проведено клиническое обследование и лечение 60 больных с фурункулами и карбункулами лица (мужчин—34, женщин—26). Возрастной состав больных приблизительно был одинаковым (в 1-й группе средний возраст больных—25 лет, во 2-й—23 года). Больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе было 30 больных (мужчин—18, женщин—12), из них с фурункулами—22, с карбункулами—8. В комплексном лечении (внутримышечное введение антибиотиков, вскрытие абсцесса и дренирование раны) применен фаргалса, который вводили в рану на турунде; сверху накладывали повязку, пропитанную фаргалсам. При инфильтративной форме фурункулов проводили ультрафонофорез с фаргалсам. Средняя продолжительность пребывания больных этой группы, находящихся на лечении по поводу фурункулов, в клинике составила 3,6 дня, по поводу карбункулов—4,2.

Эффективное действие фаргалса проявилось быстро: на 2-й день значительно уменьшался отек, обильно выделялся гной и расплавленные некротические ткани, инфильтрат становился мягче, меньше, исчезали боли, ускорялось гранулирование раны.

Во 2-ю (контрольную) группу вошли 30 больных (мужчин—18, женщин—12), из них с фурункулами—24, с карбункулами—6. У всех больных этой группы проводилось аналогичное комплексное лечение, но без применения фаргалса. В этой группе среднее пребывание больных с фурункулами в клинике составило 5,6 дня, с карбункулами—8,4.

У больных 1-й группы в отличие от больных 2-й группы к моменту выписки из стационара нормализовались основные показатели крови (СОЭ, количество лейкоцитов, исчезал С-реактивный белок).

Применение фангала в комплексном лечении фурункулов и карбункулов лица способствует более быстрому прекращению воспалительного процесса, предупреждает развитие осложнений значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре (с фурункулами — в среднем на 2 койко-дня, с карбункулами — на 4,2).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

*Эшонхужаев О.О., Косимов З.О., Умурзакова Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Токсикомания — это серьёзное заболевание, которое возникает из-за употребления психоактивных веществ. Это могут быть как химические, так и растительные вещества, а также различные лекарственные препараты, не относящиеся к наркотическим средствам. Данное заболевание характеризуется психической и в определённых случаях физической зависимостью, привыканию к потребляемому веществу, различными соматическими и психическими расстройствами, а также изменением личности. Лечение токсикомании длительный и сложный процесс.

Цель работы. Изучение методов лечения токсикомании при употреблении различных психоактивных веществ.

Материалы и методы. Анализ литературных данных по вопросам фармакотерапии различных форм токсикомании.

Результаты и обсуждение. Лечение токсикомании длительный и сложный процесс. Психологическая зависимость проявляется как болезненное влечение к приёму психоактивных веществ. Физическая зависимость характеризуется развитием психических и вегетативно-неврологических нарушений (абстинентный синдром), после прекращения приёма психоактивных веществ.

Лечение токсикомании проводится в стационаре (психиатрическом или наркологическом) и амбулаторно. Процесс лечения состоит из нескольких этапов. Вначале лечения снимается интоксикация и устраняется абстинентный синдром. Основное лечение заключается в восстановлении нарушенных соматических функций, ликвидации психических расстройств, нормализации психологического состояния и подавлении симптомов психической зависимости. На завершающем этапе лечения проводят противорецидивную терапию и реабилитационные мероприятия.

Для снятия интоксикации совместно с общепринятыми дезинтоксикационными средствами (кроводеменители, глюкоза, витамины) используются ноотропные препараты в больших дозах. Чаще всего используется ноотропил, оказывающий сильный антигипоксический и дезинтоксикационный эффект. При очень сильной интоксикации показана гемосорбция, диурез форсированный, гемодиализ.

Фармакотерапия токсикомании обусловленной приёмом успокаивающих или снотворных препаратов, в частности барбитуратов, проводится без форсированного диуреза, в ходе такого лечения постепенно снижается доза лекарственных средств (ежедневно на 10%). Если не соблюдать это условие можно спровоцировать тяжёлые проявления абстинентного синдрома. В случае возникновения психозов назначаются нейролептические препараты, транквилизаторы, а также проводится симптоматическая терапия. Для проведения коррекции поведенческих отклонений и подавления сильной тяги к психоактивным средствам, используются нейролептики.

Лечение токсикомании осуществляется также биофизическими (электростимуляция и рефлексотерапия) и психотерапевтическими (индивидуальная и групповая психотерапия, психокоррекция) методами.

Выводы. Главным элементом в лечении токсикомании является семейная и индивидуальная терапия. Семейная психотерапия преследует цель наладить и сформировать правильные взаимоотношения в семье, которые способствуют полному излечению от токсикомании. В рамках индивидуальной психотерапии проводится личностная коррекция, которая главным образом направлена на формирование мотивации ведения здорового образа жизни.

К ВОПРОСАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ

*Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т., Латипова Н.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания - ДВС-синдром (тромбогеморрагический синдром, коагулопатия потребления) возникает как осложнение различных патологических процессов. ДВС-синдром - это состояние, при котором процесс тромбообразования в силу ряда причин не ограничивается поврежденными участками сосудов, а разворачивается диффузно во всем организме. При этом быстро развивается дефицит тромбоцитов и плазменных факторов свертывания, что приводит к повышенной кровоточивости. В основе синдрома лежит рассеянное свертывание крови в мелких сосудах, блокирующее их и вызывающее глубокие нарушения функции органов. Развиваются тяжелая гипоксия и ацидоз, нередко приводящие организм к гибели. В результате массивного коагуляционного процесса, истощающего коагуляционный потенциал организма, возникает дефицит ряда факторов свертывания, ведущий затем к неконтролируемым, профузным кровотечениям.

Цель работы. Изучение методов лечения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром).

Материалы и методы. Анализ литературных данных по вопросам фармакотерапии ДВС-синдрома.

Результаты и обсуждение. Главной задачей лечения ДВС-синдрома является прекращение процесса спонтанного внутрисосудистого свертывания крови. Наиболее быстро и эффективно это может быть достигнуто сочетанным введением главных ингибиторов тромбина - гепарина и антитромбина III. Гепарин вводят внутривенно

капельно в дозе 2500-5000 ЕД в изотоническом растворе натрия хлорида, в растворе сухой плазмы, в нативной или свежемороженой плазме в течение 3-4 ч, повторно таким образом, чтобы суточная доза не превышала 5000-10000 ЕД.

Cosson и соавт. рекомендуют вводить гепарин медленно, капельным методом, чтобы суточная доза составляла 30-50 ЕД/кг. Именно в малых дозах гепарин дает наиболее выраженный эффект, связанный с ингибированием Ха фактора и тромбина. Наиболее целесообразный метод лечения заключается в последовательном введении реополиглокина в качестве дезагреганта, свежемороженой плазмы в качестве донатора антитромбина III (которого в ней содержится до 200—250% средней нормы), а также в качестве донатора плазминогена и капельном введении гепарина в указанной дозе. При усилении геморрагического синдрома после введения гепарина дозу последнего уменьшают либо прекращают его введение и усиливают терапию свежемороженой плазмой. Обычно достаточно ввести 1-2 дозы плазмы в сутки. Интенсивность гепаринотерапии целесообразно контролировать по времени свертывания, которое должно быть близким к 10-й минуте по Ли-Уайту. Полезным также дополнительно к традиционной терапии использовать антифибринолитики и антипротеолитики. Больным вводят 75 000-100 000 ЕД трасилола или адекватную дозу контрикала. Главной целью такого лечения является предупреждение вторичного фибринолиза и усиления геморрагического синдрома.

Некоторые авторы рекомендуют переливать свежую донорскую кровь и фибриноген (преимущественно в стадии гипокоагуляции). Абсолютная целесообразность подобного метода борьбы с ДВС-синдромом пока не доказана.

Выводы. Без своевременного лечения ДВС-синдром протекает с развитием недостаточности различных органов в которых произошли тромбозы, с другой стороны, процесс может сопровождаться опасными для жизни кровотечениями. Наиболее частыми причинами ДВС-синдрома становятся тяжелые инфекции, сепсис травмы и шок.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

*Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Современная концепция дооперационной антибактериальной профилактики базируется на нескольких принципах, одним из которых является микробный фактор. Несмотря на то, что имеется большое число работ, указывающих на достаточно высокую эффективность профилактического применения антибиотиков, обеспечивающих сокращение числа послеоперационных абдоминальных инфекций, дискуссия по этому вопросу до сих пор продолжается, в частности обсуждается вопрос о времени начала антибиотикопрофилактики, выборе оптимальной схемы применения антибиотиков, дозировке и длительности их назначения. Одной из важнейших причин появления и распространения антибиотикорезистентности является высокая частота нерационального применения антимикробных средств.

Актуальность. На современном этапе развития медицины профилактика послеоперационных абдоминальных инфекций в детской хирургии остаётся актуальной.

Цель исследований. Оценка частоты и качества использования антибиотиков при послеоперационных абдоминальных инфекциях у детей до трех лет.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения антибиотиками 38 историй болезней детей с послеоперационными абдоминальными инфекциями хирургического отделения одного из детских больниц Андижанской области в 2016 г. Работа является неэкспериментальным, описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием.

Результаты и обсуждение. Самым часто назначенным препаратом был цефтриаксон - 43,7% от общего назначения антибактериальных средств. Средняя продолжительность антибиотикотерапии (СПАТ) цефтриаксоном составило – 9,3 дней. Цефазолин применялся в 25,1% случаев, СПАТ – 9,7 дней. Канамицин применялся в 9,4% случаях, СПАТ – 7,4 дней. Гентамицин применялся в 8,2% случаях, СПАТ – 7,2 дней. Оксациллин и ампиокс применялись в 3,1% случаях, СПАТ – 9,0 дней.

Все антибактериальные препараты вводились исключительно парентерально. Бактериологическое исследование не проводилось ни в одном случае.

Выводы. В большинстве случаев антибактериальная терапия назначалась необоснованно. Так как, наличие инфекции у больных интерпретировано неправильно. При выборе антибактериальной терапии у пациентов с послеоперационными абдоминальными инфекциями не были учтены возможные возбудители и спектр антибактериальных препаратов, а также, их нежелательные эффекты.

Необоснованно применялись резервные антибиотики вместо стартового препарата. При назначении антибактериальной терапии особое внимание необходимо было обратить на множество побочных действий антибиотиков аминогликозидного ряда, которые являются резервными, вследствие своей высокой токсичности.

Во всех случаях выбор антибиотиков осуществлялся эмпирически, без бактериологического анализа. При выборе антибактериальных препаратов не были учтены научно-обоснованные принципы рациональной антибиотикотерапии.

К ВОПРОСАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ

*Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т., Латипова Н.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания - ДВС-синдром (тромбогеморрагический синдром, коагулопатия потребления) возникает как осложнение различных патологических процессов. ДВС-синдром - это состояние, при котором процесс тромбообразования в силу ряда причин не ограничивается

поврежденными участками сосудов, а разворачивается диффузно во всем организме. При этом быстро развивается дефицит тромбоцитов и плазменных факторов свертывания, что приводит к повышенной кровоточивости. В основе синдрома лежит рассеянное свертывание крови в мелких сосудах, блокирующее их и вызывающее глубокие нарушения функции органов. Развиваются тяжелая гипоксия и ацидоз, приводящие нередко организм к гибели. В результате массивного коагуляционного процесса, истощающего коагуляционный потенциал организма, возникает дефицит ряда факторов свертывания, ведущий затем к неконтролируемому, профузным кровотечениям.

Цель работы. Изучение методов лечения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром).

Материалы и методы. Анализ литературных данных по вопросам фармакотерапии ДВС-синдрома.

Результаты и обсуждение. Главной задачей лечения ДВС-синдрома является прекращение процесса спонтанного внутрисосудистого свертывания крови. Наиболее быстро и эффективно это может быть достигнуто сочетанным введением главных ингибиторов тромбина - гепарина и антитромбина III. Гепарин вводят внутривенно капельно в дозе 2500-5000 ЕД в изотоническом растворе натрия хлорида, в растворе сухой плазмы, в нативной или свежемороженой плазме в течение 3-4 ч, повторно таким образом, чтобы суточная доза не превышала 5000-10000 ЕД.

Cosson и соавт. рекомендуют вводить гепарин медленно, капельным методом, чтобы суточная доза составляла 30-50 ЕД/кг. Именно в малых дозах гепарин дает наиболее выраженный эффект, связанный с ингибцией Ха фактора и тромбина. Наиболее целесообразный метод лечения заключается в последовательном введении реополиглокина в качестве дезагреганта, свежемороженой плазмы в качестве донатора антитромбина III (которого в ней содержится до 200—250% средней нормы), а также в качестве донатора плазминогена и капельном введении гепарина в указанной дозе. При усилении геморрагического синдрома после введения гепарина дозу последнего уменьшают либо прекращают его введение и усиливают терапию свежемороженой плазмой. Обычно достаточно ввести 1-2 дозы плазмы в сутки. Интенсивность гепаринотерапии целесообразно контролировать по времени свертывания, которое должно быть близким к 10-й минуте по Ли-Уайту. Полезным также дополнительно к традиционной терапии использовать антифибринолитики и антипротеолитики. Больным вводят 75 000-100 000 ЕД трасилола или адекватную дозу контрикала. Главной целью такого лечения является предупреждение вторичного фибринолиза и усиления геморрагического синдрома.

Некоторые авторы рекомендуют переливать свежую донорскую кровь и фибриноген (преимущественно в стадии гипокоагуляции). Абсолютная целесообразность подобного метода борьбы с ДВС-синдромом пока не доказана.

Выводы. Без своевременного лечения ДВС-синдром протекает с развитием недостаточности различных органов в которых произошли тромбозы, с другой стороны, процесс может сопровождаться опасными для жизни кровотечениями. Наиболее частыми причинами ДВС-синдрома становятся тяжелые инфекции, сепсис травмы и шок.

ИНСОН АСАБ ТИЗИМИГА НИКАТИННИНГ САЛБИЙ ТАЪСИРЛАРИ

*Эшонхўжаев О.О., Умурзақова Н.С., Қосимов З.О.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Тамаки инсонни барча аъзолари ва системалари ичида энг ёмон таъсир этадигани асаб тизимидир. Никатин захари олий асаб фаолияти марказига, бош мия ярим шарининг асаб хужайраларига бевосита таъсир кўрсатади.

Мақсад. Тамаки компонентларини инсоннинг аъзолари ва системалари ва айниқса, бош мия ярим шарининг асаб хужайраларига бевосита ёмон таъсирини кўриб чиқиш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот мазуси бўйича халқаро ва малакатимиз илмий адабиётлар тахлили.

Натижалар ва муҳокама. Никатин тамакининг асосини ташкил этиб, барча аъзолар ва тизимлар ичида энг ёмон таъсир этадигани инсоннинг асаб системасидир. Тамакининг асаб тизимида салбий таъсири даъволаш бош айланшидан бошланади. Одатда бош айланши ўқтин-ўқтин ва баъзан эса тез-тез бўлиб туради. Бунда аввал миёда қандайдир бўшлиқ пайдо бўлиб, фикр жамланиши қийинлашади, одам ўзини хуши йўқдек сезади. Чекканда мия томирларининг торайиши, шунингдек, тамаки захарларининг мувозанатини сақлаш аппарати хужайраларига, жумладан, бош мия ўзак қисмида жойлашган вестибуляр ядроларига салбий таъсир бош айланшига сабаб бўлади. Ашаддий кашандаларда асабий ҳолатларнинг бузилиши кузатилади, чунончи улар тез чарчайди, тажарулашади, уларда хотира сусаяди, асабийлашиб, бош оғриғи кучаяди.

Чекиш сезги органлари фаолиятига ҳам салбий таъсир кўрсатади. Маълумки, кўпчилик кашандалар ширинликни хуш кўришмайди, чунки никатин таъм сезиш асабларини жароҳатлайди ва шу тариқа таъм сезиш қобилияти сусайиб боради. Ашаддий кашандалар кўпинча кўзларининг хиралашганидан арз қиладилар, баъзан эса улар ранг ажрата олмайдиган бўлиб қоладилар. Бунинг ҳаммасига сабаб тамаки захарининг кўриш нервини ишдан чиқишидир. Чекиш эшитиш фаолиятига ҳам салбий таъсир кўрсатади. Кашандаларнинг қулоқлари “битиб қолади”, чунки димогнинг муттасил яллиғланиб туриши эшитиш аъзоларининг айрим жойларига ҳам тарқалиб, эшитиш асабига ҳам таъсир кўрсатади ва шу тариқа эшитиш қобилияти ёмонлашиб боради. Айрим кашандалар чекканимда миям яхши ишлайди, фикрим яхши жамланади, ақлий фаолиятим тезлашади, дейишади. Ҳақиқатан ҳам оддий чекувчи тамакини бир-икки тортгандан сўнг шундай ҳолат рўй бериши мумкин, чунки бошида кичик миқдордаги никатин қисқа вақт мия фаолиятини бир оз жонлаштиради. Бироқ, кейин эса бош оғриғи бошланиб, фикрни жамлаш қобилияти йўқолади, эътибор сусаяди. Қисқача жонланиш ўрнига узоқ вақт сусайиш даври бошланади, чунки тамаки таркибидаги никатин ва бошқа захарли моддалар асаб хужайраларни шикастлайди.

Ақсар кашандалар уйқусизликдан арз қилишади. Бироқ, ухлаш олдидан чекмасам, ухлай олмайман, деювчи кашандалар ҳам бор. Бундайларнинг айримлари оғзида ўчмаган сигаретаси билан ухлаб қоладилар ва оқибатда ўт чиқади ёки ўзлари куядилар. Бунга сабаб никатиннинг марказий асаб системасига турлича таъсир кўрсатишидир. Масалан, никатин асосан асабийлаштирувчи таъсир кўрсатадиган кишиларда уйқусизлик, унчалик асабийлашмайдиган кишиларда эса серуйқулик пайдо қилади. Кашандаларда галлюцинация (хомхаёл), алаҳлаш каби рухий бузилишлар кўп учрайди. Айрим кашандаларда чекишдан сўнг, тутканок хуруж қиладиган бўлиб қолади (В.Т. Бахур, 2009).

Хулоса. Тамаки таркибидаги никотин ва бошқа захарли моддалар марказий асаб системасини шикастлаш орқали, устки асаб томирларига ҳам салбий таъсир кўрсатиб, асаб тармоқлари, тугунлари ва учларини шикастлайди. Натижада, битта ёки кўплаб асаб торлари шикастланиб, тамаки (никотин) асабийлиги касаллиги юзага чиқади. Бундай ҳолларда беморлар танасининг муайян бир жойдаги асаб томирлари ишдан чиқади, киши тобора тундлашиб, тажанглашиб боради. Бунинг ҳаммаси асаб системасининг никотин билан узоқ вақт ва муттасил захарланиш сурункали кашандалик оқибатидир. Бундай беморларни бром ёки седуксен билан эмас, балки чекишни тўхтатиш билан даволаш керак.

ПАРЕНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ҲАМРОҲ КАСАЛЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ГЕМОРРАГИК СИНДРОМНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

*Юлдашев Я.М., Қасимов А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Парентерал вирусли гепатитлар ҳамроҳ касаллик билан кечганда оғир ҳолларнинг кўпайиши, асоратли геморрагик синдром билан кечиши, айримлари ёмон оқибатлар билан тугаши ва даволашни тўла ҳал қилинмаганлиги сабабли, бу патология тиббиёт фани учун долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Текширув ўтказишдан мақсадимиз парентерал вирусли гепатитлар ҳамроҳ касаллик билан кечишида гемостазнинг ҳолати ва уни даволашда *Beriberisvulgaris* препаратининг самарасини ва унинг қон ивиш тизимига таъсирини ўрганиш бўлди.

Текширув усуллари: бизнинг кузатувимизда 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган 64 нафар парентерал вирусли гепатит В, С ҳамроҳ касаллиги мавжуд бемор бўлиб, 22 нафариди қандли диабет, 16 нафариди юрак ишемик касаллиги, 17 нафариди нафас тизимидаги сурункали касалликлар ва 9 нафари алкоголь истеъмол қилувчилар бўлиб, ташхис эпидемиологик, клиник ва таҳлилий усуллар билан тасдиқланган. Қон ивиш тизимини ўрганиш учун тромбозластограф (ТЭГ) кўрсаткичларидан (қон ивиш вақти, умумий қон ивиш вақти, коагуляция индекси, ивиш эластиклиги) фойдаландик ва тромбоцитлар сонини аниқлаш билан амалга оширдик. Текширилган беморларда парентерал вирусли гепатит ҳамроҳ касаллик билан кечиб, касаллик авж олган даврда ТЭГ кўрсаткичлари гипокоагуляциянинг ва қондаги тромбоцитлар сонининг $176,58 \pm 8,15$ минггача камайганлигини кўрсатди, соғлом одамларда бу кўрсаткич $267,76 \pm 5,36$ мингга тенг.

Препаратнинг самарасини билиш мақсадида ёши ва касаллик оғирлиги бўйича бир хил бўлган 2 гуруҳга бўлинди: 32 нафари биринчи (асосий) гуруҳ, 31 нафари иккинчи (назорат) гуруҳи. Ҳар икки гуруҳ ҳам бир хил шароитда даволанди, асосий гуруҳ анъанавий даволаш усулига қўшимча *Beriberisvulgaris* томиридан тайёрланган 2% қайнатмадан 50-100 мл дан овқатдан 30 дақиқа олдин кунига 3 маҳалдан 14-18 кун давомида истеъмол қилган.

Мазкур препаратнинг асосий таъсир қилувчи моддаси Берберин ва алколоидлар йиғиндисидан иборат. Препарат самарасини Вирусли гепатит В, С қайд этилган беморлардаги асосий клиник белгиларнинг камайишига, таҳлилий кўрсаткичларнинг меъёрлашувига қараб баҳоладик.

Текширув натижалари: Клиник кузатувдан шу нарса маълум бўлдики, қора зирк препарати билан даволанган беморларда касаллик белгиларидан камқувватлик, бош оғриги, кайфиятнинг ёмонлиги, уйқунинг бузилиши, иштаханинг пастлиги, теридаги кичишиш назорат гуруҳига нисбатан 4-7 кун эрта йўқолган. Кейинроқ, тери ва склерадаги сарикликнинг йўқолиши, жигарнинг қисқариши 8-10 кун эрта кузатилган. Сийдик ва нажаснинг ранги назорат гуруҳига нисбатан 4-6 кун эрта ўз ҳолига кирган. ($P < 0,01-0,001$).

Beriberisvulgaris парентерал вирусли гепатит аниқланган беморларнинг биохимик кўрсаткичларига ва гемостазга ижобий таъсир кўрсатган. Бу препарат таъсирида қондаги билирубин миқдори, трансферазалар (АСТ ва АЛТ) фаоллиги тезроқ меъёрлашган. Бизнинг текширувимиз шуни кўрсатдики, қора зирк препарати истеъмол қилган беморларда назорат гуруҳидан фарқли асосий клиник белгилар эрта йўқолиши билан бирга ТЭГ кўрсаткичлари соғлом одамлар кўрсаткичига яқинлашган, назорат гуруҳидегиларда бу кўрсаткичлар кўп ўзгармаган, киёсий гуруҳлар орасидаги фарқ ишончли / $P < 0,001$ /; қондаги тромбоцитлар сонининг кўпайишини аниқладик, яъни соғлом одамлардаги кўрсаткичга яқинлашган, шу даврда назорат гуруҳидаги беморларда эса $221, 58 \pm 8,7$ мингга қолган. Киёсий гуруҳлар орасидаги фарқ ишончли / $P < 0,002$ /.

Хулоса: Шундай қилиб, захираси етарли Ўзбекистонда кенг тарқалган доривор ўсимлик - оддий қора зиркдан тайёрланган препарат парентерал вирусли гепатит В ва С ҳамроҳ касаллик билан клиник кечишига, биохимик кўрсаткичларига, қон ивишига ижобий таъсир кўрсатиб, тромбоцитопозни фаоллаштиради ва шу билан геморрагик синдромнинг олди олиниши ҳамда касалликнинг кечишига ижобий таъсир кўрсатади.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Юлдашев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь относится к числу наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний. Отечественные авторы указывают на широкую распространенность ГЭРБ в популяции 10 - 40%. В странах западной Европы и США эпидемиологические исследования показывают, что 40% лиц постоянно, с той или иной частотой, беспокоит изжога и другие, связанные с ГЭРБ, симптомы. У 40% опрошенных лиц симптоматика была настолько выраженной, что они обратились к врачу.

Качество жизни людей, страдающих ГЭРБ, значительно ниже, чем у населения вообще, вне зависимости от того присутствуют ли морфологические изменения слизистой пищевода или нет, и ухудшается по мере усиления и учащения приступов изжоги' (Smout A., 1997).

Данные о распространенности, особенностях течения и лечения ГЭРБ в молодом возрасте в российской популяции отсутствуют. Особенности клинической картины, патогенеза данного заболевания у молодых пациентов также остаются мало изученными. Все вышесказанное определяет необходимость исследования данной патологии у лиц молодого возраста.

Цель исследования. Изучение особенностей, выделение вариантов течения и лечения ГЭРБ в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных задач было обследовано 420 пациентов молодого возраста, мужского пола от 15 до 30 лет.

Было сформировано 2 группы больных: основную группу составили больные с ГЭРБ 270 человек (64,2%). Критериями отбора являлись: наличие изжоги с частотой не менее 1 раза в неделю и/или наличие эрозивного или катарального эзофагита по данным эндоскопии.

Группу сравнения составили 150 человек (35,8%), никогда в анамнезе не страдавших заболеваниями пищевода. Органическая патология пищевода была отвергнута современными инструментальными методами исследования (рентгенологическими, эндоскопическими).

В структуре ГЭРБ у лиц молодого возраста (16-30 лет) частота эндоскопически негативных форм болезни составляет - 73%, эрозивных форм - 27%.

Исследование вегетативного статуса показало, что у 90 пациентов (33,3%) были выявлены изменения по симпатическому типу, 106 пациентов (39,3%) - по парасимпатическому типу, 74 пациента (27,4%) не имели дисфункции вегетативного тонуса.

В клинической картине ГЭРБ у лиц молодого возраста ведущим симптомом является изжога, при этом достаточно часто встречаются эпигастральные боли (43,6%), тошнота (31,0%), отрыжка (59,7%).

В 11,1% случаев неэрозивные формы ГЭРБ у лиц молодого возраста переходят в эрозивную. В 61,1% случаев неэрозивная форма заболевания характеризуется длительным, непрогрессирующим течением, а у 27,8% наступает выздоровление. Эрозивная форма рефлюксной болезни характеризуется стабильным течением в 100% случаев.

У больных ГЭРБ молодого возраста суточная рН-метрия уточняет тяжесть функциональных расстройств, частоту рефлюксов, время экспозиции рефлюктата в пищеводе, что позволяет адекватно выбрать характер фармакотерапии.

У лиц молодого возраста, страдающих ГЭРБ и не получавших блокаторы желудочной секреции, препаратами выбора являются антациды и прокинетики («Ганатон»). У лиц, ранее получавших блокаторы секреции, препаратами выбора являются блокаторы секреции, продолжительность терапии зависит от стадии заболевания и тяжести клинических проявлений. Поддерживающее лечение предупреждает рецидивы болезни.

Вывод. Таким образом, применение прокинетики нового класса с комбинированным механизмом действия, доказанной эффективностью и минимумом побочных эффектов позволило повысить результативность терапии ГЭРБ у лиц молодого возраста с дисфункцией ВНС, сделало лечение легко переносимым и безопасным.

Результаты сравнения разных групп больных, получавших антациды, блокаторы секреции, прокинетики показывают, что препаратами выбора у молодых являются регуляторы моторики.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Основная проблема оценки риска развития ССЗ заключается в разрозненности и разнородности маркеров, используемых в качестве факторов риска. Имеется большое количество литературных данных по отдельным генам, участвующим в патогенезе ИБС. Также описаны фенотипические признаки, которые учитываются врачами-клиницистами при прогнозировании сердечнососудистых событий. Тем не менее, единого подхода, позволяющего анализировать относительно большое количество полиморфных ДНК-маркеров в сочетании с наиболее важными фенотипическими характеристиками, в настоящее время не разработано, хотя это значительно повысило бы эффективность оценки индивидуального риска развития ИБС. Таким образом, современные алгоритмы недооценивают риск возникновения коронарных событий. Этим объясняется актуальность развития новых технологий адекватной оценки риска и его динамики для определения интенсивности вмешательств.

Цель исследования. Разработать технологию скрининга и прогнозирования коронарных событий на основе клинико-генетических данных.

Материал и методы исследования. Обследовано 131 пациента с ИБС; включая 85 (64,9%) мужчин и 46 (35,1%) женщин, имевшие в анамнезе острые коронарные события. Средний возраст составил $60,51 \pm 11,86$ лет. Распределение пациентов по формам ИБС: инфаркт миокарда 100 (76%), нестабильная стенокардия 31 (24%). Среди них 13% перенесли стентирование и аорто-коронарное шунтирование.

Результаты исследования. Сравнительная характеристика пациентов, страдающих сердечнососудистыми заболеваниями, и контрольной группы, выполненная с помощью дисперсионного анализа (ANOVA). Среди пациентов с ИБС (ИМ+НС) было больше мужчин, больше курящих, чаще встречался диабет. Пациенты с инсультами (ИС) были старше, среди них преобладали женщины, было больше больных с ожирением и артериальной гипертензией. Однако было меньше курящих пациентов и страдающих сахарным диабетом.

Не было достоверных различий в уровне холестерина между группами. Среди показателей липидного профиля наиболее информативно отношение ОХС/ХС ЛВП. Уровень гомоцистеина был значимо выше среди пациентов с инсультами. Уровень фибриногена был достоверно повышен у всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Анализ традиционных алгоритмов оценки коронарного риска (построение дерева регрессии и рекурсивное разбиение) выявил, что оптимальная точка разделения пациентов ИБС и контрольной группы для шкалы SCORE

составляет 3%, для алгоритма Framingham - 8%, для алгоритма PROCAM - 13%, что свидетельствует о недооценке тяжести риска преимущественно в группе среднего риска развития коронарных событий.

Повышение прогностической значимости моделей риска развития коронарных событий достигается с помощью предложенного нами комбинированного подхода, включающего комплексный учет традиционных (корректируемых и не корректируемых) факторов риска, сыровоточных маркеров (hs CRP, ЛП (a), фибриноген и D-димер) и генетических маркеров. Площадь под характеристической кривой (AUC ROC) для шкалы SCORE составляет 72%, для модели, включающей традиционные факторы риска вместе с изученными лабораторными и генетическими маркерами - 88%.

Изученная комбинация структурных маркеров атеросклероза (толщина интима-медиа брахиоцефальных артерий, степень гипертрофии левого желудочка, суммарный кальциевый индекс при МСКТ) имеет хорошие аналитические характеристики для прогнозирования коронарного риска (AUC ROC составляет 85 %) и может быть использована для оценки промежуточных

Прогнозирование с использованием методов распознавания по прецедентам позволяет оптимизировать количество изучаемых признаков и, соответственно, количество проводимых исследований для оценки коронарного риска. Разработан алгоритм принятия решения о прогнозе, состоящий из 16 биомаркеров риска ИБС, включающий традиционные факторы риска, лабораторные, инструментальные и генетические маркеры.

Использование коллективных прогностических решений позволяет повысить точность распознавания коронарных событий до 92%. Генетический индекс, представляющий собой суммарное количество имеющихся аллелей риска и отягощенный семейный анамнез, является количественным критерием, позволяющим провести комплексную оценку риска ИБС по результатам генетического тестирования. Удаление генетических признаков из разработанной нами модели прогноза приводит к снижению точности распознавания.

Вывод. Прогнозирование и стратификация риска является ключевым компонентом всех клинических руководств и рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Создан необходимый потенциал, обеспечивающий развитие новых профилактических стратегий и эффективной системы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Учитывая широкое распространение сердечно-сосудистых заболеваний, внедрение новых стратегий профилактики будет иметь значительный социальный и экономический эффект. Разработанная технология ляжет в основу последующих работ по прогнозированию социально-значимых заболеваний.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ОҒИР ТУРЛАРИДА АСОРАТ СИНДРОМЛАРИНИНГ КУЗАТИЛИШИ

*Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Толипов М.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Юқумли касалликлар ичида энг кўп тарқалган патологиялардан бири бу ўткир ичак инфекциялари бўлиб, нафакат тиббиётнинг, балки давлатлар олдида турган ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Кейинги йилларда касалликни келтириб чиқарувчи этиологик структурасида ўзгаришлар кузатишмоқда, йиллар давомида ўткир ичак инфекцияларини келтириб чиқарувчи микроблар шигелла ва сальманеллалар бўлиб ҳисобланган бўлса, ҳозирга вақтга келиб 50-80% ҳолларда вируслар бўлиб, асосан ротавируслар учрамоқда.

Ўткир ичак инфекцияларининг ҳамма ёш тоифаларида кенг учраши, чакирувчиларнинг хилма-хиллиги ва уларнинг доимо ҳам аниқланмаслиги, баъзида, айниқса кичкина ёшдагиларда ўлим билан якунланишининг сакланиши бу йўналишда илмий изланишлар олиб бориш ва олинган маълумотларни амалиётга татбиқ қилишни тақозо этади. Ривожланаётган давлатларда ўткир ичак инфекциялари кўп учраши билан бирга ўлим даражаси ҳам юқори. Улар дунёда юқумли касалликлар ва ўлим ҳолатлари бўйича иккинчи ўринни эгалламоқда. Юқоридагилардан келиб чиқиб, Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасида даволанган ўткир ичак инфекцияси қайд этилган беморларнинг оғирларида кузатиладиган асоратли синдромларни учраш даражаси, динамикаси ва оқибатларини ўрганишни мақсад қилдик.

Кузатувимизда 2017-2019 йилларда Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасида даволанган 7418 та ўткир ичак инфекция билан касалланган беморлар бўлиб, буларнинг 4690 нафари (63,22%) 14 ёшгача бўлган болалар бўлиб, 2860 (61,4%) нафари ўғил болалар, 1830 (38,6%) нафари қиз болаларни ташкил қилган. Касалликка чалинганларнинг 3090 нафари енгил, 4160 нафари ўрта оғир ва 168 нафари оғир шаклда кечган.

Оғир шаклдаги 168 нафар беморда касалликнинг кечиши, асоратлари ўрганилганда, бу беморларнинг 98 (58,35%) нафари вирус этиологияли, 51 (30,35%) нафари бактериал этиологияли ва 19 (11,30%) нафари номаълум сабабли диареялар эканлиги аниқланди. Ёшга нисбатан олинганда энг кўп бир ёшгача бўлган болалар - 48 (40%), 0-7 ёшгача бўлганлар эса 88(73,33%) ҳолатда кузатилган. Касалликнинг оғир кечишига сабаб бўлиб, охир-оқибат ўлимга олиб келувчи асосий асоратлар ўрганилганда нейротоксикоз 71 (42,26%) нафарда, 3-даражали эксикоз 59(35,11%) нафарда ва 38(22,61%) нафарда ДВС синдроми кузатилиб, 48 (28,57%) нафари ўлим билан якунланган, бу кўрсаткич умумий диарея касаллигига нисбатан олинганда 0,6%ни ташкил қилади. Қўзғатувчисига нисбатан асоратлар ўрганилганда бактериал диареяларнинг асоратларидан нейротоксикоз 23(47,91%) нафарида, эксикоз 20(41,66%) нафарида ва 6 (12,5%) нафарида ДВС синдроми аниқланган, вирус этиологияли диареяларда 3-даражали эксикоз 27(43,5%), нейротоксикоз 22(35,5%) нафар ва 13 (20,09%)нафарида ДВС синдроми кузатилган. Оғир асоратли беморларга шифохонанинг ренимация бўлимида зарур бўлган даволаш чора-тадбирлари жадал олиб борилганлиги натижасида 120 (71,42%) нафарининг ҳаёти сақлаб қолинган.

Шундай қилиб, Андижон вилоятида юқумли касалликлар шифохонасида даволанган ўткир ичак инфекцияларида вирус этиологияли диареялар кўпроқ учраши, оғир асоратли кечиш, асосан, 7 ёшгача бўлган болаларда кузатилиб, ёмон оқибатлар билан тугашини кўрсатди. Даволаш чораларини кўришда шулар ҳисобга олинса, мақсадга мувофиқ бўлади деб ҳисоблаймиз.

КОРОНОВИРУС COVID-19 ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИДАГИ МУАММОЛАР

*Юлдашев Я.М., Соломонник О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Бутун жаҳонни ларзага солиб тез тарқалган короновирүс COVID-19 инфекцияси бизнинг юртимиз Ўзбекистонни ҳам четлаб ўтмади. Бу инфекция инсонларга катта талофат етказиш билан уларнинг ҳаёт тарзини бутунлай ўзгартириб юборди, одамлар яшаш шароитида кўп қийинчиликлар келтириб чиқармоқда. Республикамиз учун COVID-19 янги юқумли касалликлардан бири бўлганлиги сабабли, бу инфекцияни ўз вақтида аниқлаш, ташхислаш ўта муҳим, долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

Хитой, Россия ва Ўзбекистонда аниқланган COVID-19 касаллигининг клиникасига эътибор бериладиган бўлса, нисбатан енгил, симптомсиз кечадиган шакллари фойиз ҳисобида кўпни ташкил қилмоқда, аммо оғир шакллари нафас тизимини зарарлаб, оғир асорат келтириб чиқариб, ўлим билан яқунланмоқда. Шулардан келиб чиқиб, касалликни эрта ташхислашнинг аҳамияти жуда юқори. Диагностикасида қўлланиладиган усулларни ҳамма даволаш профилактика муассасаларида амалга ошириб бўлмайди, тасдиқлашда асосан полимераз занжирли реакция ёрдамида вирусни аниқлаш мумкин. ПЗР таҳлили маълум бир санокли таҳлилхоналарда ўтказилади. Шу сабабли бу касалликка шубҳа қилишда эпидемиологик – клиник маълумотларга эътибор қаратиш ўта муҳим ҳисобланади.

Касаллик диагностикасида эпидемиологик анамнезни чуқур ўрганиш катта ўрин тутди. Иккиламчи юктириш ҳолатлари (бемордан-соғлом одамга) тиббиёт ходимлари ва беморлар оила аъзолари ўртасида кузатилган. Барча ҳолатларда инфекция бемор билан яқин мулоқотда бўлган шахсларда кузатилган. Касаллик тарқалишида энг хавфли ҳолат бу инкубацион даврда ҳам юктириш кузатилганлиги. Касаллик ҳаво – томчи, ҳаво-чанг ва контакт йўли орқали юқади. Юктирувчи омиларга ҳаво, чанг зарралари ва овқат маҳсулотлари қиради. Хитойдаги кузатувлардан шу нарса маълум бўлдики, COVID-19 юктириш контагиозлик индекси грипп ва бошқа респиратор касалликлардан анча юқори, гриппда бу кўрсаткич 1-2 (испанкада 2,8) тенг бўлса, COVID-19 да 3,3-3,5 тенг.

Касаллик клиникаси вирус юққандан сўнг ўртача 2-4 кун, баъзи ҳолатларда яширин давр узокрок - 14 кунгача бўлиши бошқа респиратор касаллардан ажратиб туради, касалликнинг ўткир бошланиши, тана ҳароратининг ошиши, куруқ йўтал, яққол ривожланмаган умумий заҳарланиш белгилари, кейинроқ нафас олишнинг қийинлашуви, септик ҳолат ривожланишига аҳамият бериш керак. Коронавирус инфекцияси ўткир пневмония билан асоратланиши мумкин. Пневмонияни аниқлашда, касалликнинг 4-6 кунлари кўкрак кафасини рентгенография қилиш муҳим ҳисобланади. Кўкрак кафаси рентгенографиясида ўчоқли ёки интерстициал инфильтратлар аниқланади. Оғир ҳолларда нафас олиш аъзолари фаолияти ёмонлашиб, иккинчи ҳафтада касаллик респиратор дистресс-синдроми ривожланиши, катталарда бу турли аъзолар дисфункцияси билан кузатилиши мумкин. Баъзан бўйин лимфа тугунлари катталашади. Коронавирус инфекциясининг ўткир гастроэнтерит кўринишида кечиши ҳам аниқланган.

Лаборатор таҳлилларда, лимфопения, касаллик авж олганда тромбоцитопения кузатилади. Қон зардобда аминотрансфераза ва лактатдегидрогеназа фаоллигининг ортиши аниқланади. Ташхис ПЗР тести орқали касалликнинг бошланишида нафас йўллари ва плазмада, кейинроқ эса сийдикда, нажасда аниқланади ва тез натижа беради. Антителолар касаллик бошланишидан 28 кун давомида ИФА ёки иммунофлюоресценция усули орқали аниқланади. Юқоридаги келтирилган маълумотларга асосланиб, COVID-19 инфекциясини ўз вақтида ташхислашга эришиш мумкин деб ҳисоблаймиз.

КОРОНОВИРУС COVID-19 ТАРҚАЛИШИНING ОЛДИНИ ОЛИШДА ҚўЛЛАНИЛАДИГАН ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДБИРЛАРNING ЎЗИГА ХОСЛИГИ

*Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Кейинги юз йилда дунё бўйича жуда тез тарқалиб бораётган короновирүс COVID-19 инфекцияси Ер шарининг одамлар яшайдиган ҳамма қитъасига кириб борди ва уларни ижтимоий-иқтисодий қийин аҳволга солиб, яшаш тарзини ўзгартиришга мажбур қилмоқда. Бу ҳасталик тарқалишининг олдини олиш нафақат тиббиёт олдида турган вазифа, балки давлатлар олдидаги муҳим ишлар даражасига чиқиб қолди.

Коронавирус COVID-19 ўткир респиратор касалликлар қаторида бўлса ҳам, 2019-2020 йилларда тарқалаётган штамларининг эпидемиологик хусусиятлари шуни кўрсатмоқдаки, бу вирусни юктирган одамларда юктириш даврининг эрта бошланиши, яъни инкубацион даврда ҳам вирус организмдан ажралиб чиқиши, яширин даврининг бошқа респиратор касалликларга қараганда узокрок (14 кун) давом этиши, контагиозли даражасининг гриппга қараганда 1,5-2 барабар юқорилиги, контакт йўл билан, шиллиқ қаватлар орқали ҳам юқиши мумкинлиги касаллик тарқалишининг олдини олишни қийинлаштиради. 2020 йилда кузатилаётган пандемияда дунёдаги давлатлар томонидан ўтказилаётган эпидемияга қарши курашиш қанчалик самара бераётганлигини кўрсатмоқда. Хитойнинг Хубей провинцияси Ухань шаҳридан тарқалган янги штамдаги короновирүс инфекцияси асоратидан ўлим ҳолатлари қайд қилина бошланганда, аҳолиси 12 млн.дан ортиқ бўлган провинцияда касалланиш эпидемия даражасида тарқала бошлаганда, зудлик билан эпидемияга қарши чоралар юқори даражада ўтказилиб, 2 ой ичида қамайтиришга эришилди. Европа давлатларида эпидемия пандемия даражасига чиққанда ҳам, Италия, Испания, Германия давлатларида касалликлар кузатила бошланганда, респиратор касалликлар каби қисқа вақтда йўқолади деб жиддий чоралар кўрилмаганлиги сабабли кунлик касаллик тарқалиши Италиянинг Ломбардия, Милан шаҳарларида 5-6 мингтагача чиққанлиги беморларни ва мулоқотда бўлганларни алоҳидалаш қанчалик аҳамиятлилигини кўрсатди.

Коронавирус COVID-19 инфекцияси пандемияси Ўзбекистонда касаллик кенг тарқалмаслигининг олдини олишда умум қабул қилинган эпидемияга қарши чора-тадбирлар: беморларни алоҳидалаш, санитария-гигиеник қондаларга

катгий риюя килиш, химоя воситаси ниқоб тақиб юришдан ташқари тадбирларни ўтказишни қўллаши янги йўналиш бўлиб қуйидагилар қўлланила бошланди.

Биринчи навбатда ҳар бир мулоқотда бўлганлар 14 кунга карантинга олиниб, алоҳида провизор госпиталлари ташкил этилиб жойлаштирилмоқда ва шу жойда текширув ўтказилмоқда. Беморлар махсус юқумли касалликлар шифохоналарида тўла тузалгунча даволаниб, қайта вирусга текширилиб, сўнгра яна 14 кунга реабилитация қилишга бошқа шифохоналарга ўтказилмоқда, шундан сўнггина уйларига жавоб берилмоқда.

Касаллик аниқланган ва тарқалаётган жойлар харитаси ишлаб чиқилиб, касалликни локализациялаш ва тарқалишининг олдини олиш учун касалланганлар маълумотлари тўлиқ киритилмоқда ва ҳар бир фуқаро учун шахсий кундалик юритилиб, кимлар билан мулоқотда бўлганлигини кўрсатиб бориш каби муҳим тадбирлар ўтказиб борилмоқда. Шу тадбирлар тизимли амалга оширилиб борилса, эпидемия ҳолатини тўхтатиб қолишга албатта эришилади.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ

*Юлдашев Я.Ю., Соломонник О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Дунёда юқумли касалликлар ичида энг кўп тарқалган патологиялардан бири бу вирусли гепатитлар бўлиб, нафақат тиббиётнинг, балки давлатлар олдида турган ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Вирусли гепатитлар баъзи ҳолларда гельминтоз касаллиги ҳамроҳлигида кечиб, вирусли гепатитнинг клиник кечишига салбий таъсир кўрсатади, яъни касаллик кечишини оғирлаштиради, касаллик чўзилиши, сариклик белгисининг узок вақт сақланиши, сурункали шаклга ўтишига сабаб бўлиши мумкин. Гельминтозларни даволашда қўлланиладиган дори препаратлари жигарга токсик таъсир кўрсатганлиги сабабли, гельминтозларни даволаш вирусли гепатитдан тўла тузалгандан сўнг амалга оширилади.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, вирусли гепатитлар ҳамроҳ касаллик гельминтозлардан энтеробиоз ва гименолепидозни даволашда “Мехригё” доривор ўсимликлар етиштирувчи жамият томонидан таклиф қилинган “Ала-тоо” сиропини вирусли гепатитлар энтеробиоз ва гименолепидоз ҳамроҳлигида кечган касалликларни даволашдаги самарасини кўришни мақсад қилдик. “Ала-тоо” сиропи папайя меваси ва аччиқ тарвуз шарбатидан тайёрланган бўлиб, витаминларга бой, иммунитетни мустаҳкамловчи, хотирани тикловчи, организмдаги захарли моддалардан тозаловчи, жигар фаолиятини яхшиловчи, қон ишлаб чиқаришни фаоллаштирувчи хусусиятга эга бўлган дори препарати ҳисобланиб, таркибидаги папаин ферменти ошқозон соки каби овқат ҳазм бўлишини яхшилаш хусусиятига эга.

Кузатувимизда вирусли гепатит А ва В энтеробиоз ҳамда гименолепидоз ҳамроҳлигида касалланган 6 ёшдан 18 гача булган 68 беморлар бўлиб, улардан 47 нафарида вирусли гепатит А ва 21 нафарида вирусли гепатит В касаллиги эпидемиологик, клиник ва таҳлилий тасдиқланган. Бу беморларнинг нажас таҳлилида 45 беморда острица ва 23 беморда пакана гижжа тухуми аниқланган. Олдимизга қўйилган мақсаддан келиб чиқиб, беморлар ёши, касалликнинг оғирлик даражаларига қараб 2-гурухга бўлинган, биринчи гурухни 35 нафар бемор, иккинчи назорат гурухини эса 33 нафар бемор ташкил қилган. Асосий гурух беморларига вирусли гепатитларни анъанавий даволашга қўшимча сифатида “Ала-тоо” сиропидан 2 ош қошиқдан 2 маҳал овқатдан 30 минут олдин бир ҳафта давомида ичирилган. Назорат гурухидаги беморлар анъанавий усулда даволанди. Асосий гурух беморларини сироп билан даволаш давридаёқ касалликнинг клиник белгилари – камқувватлик, қорин оғриғи, иштаҳасизлик, ич бузилиши, анус атрофида қичишиш белгилари даволашнинг 4-5 кунлари камайиб, кейинчалик йўқолган. Беморларнинг кайфияти яхшиланган, тажанглик, теридаги доғлар камайган. Клиник белгиларнинг йўқолиши назорат гурухига нисбатан тезроқ кузатилган ва яхши самара олинган. Беморлардаги сурункали интоксикация белгилари йўқолган. Таҳлилий текширувда нажасда острица тухумлари аниқланмаган, аммо асосий гурухдаги 12 нафар гименолепидоз беморларидан 7 нафарида пакана гижжа тухуми қайта топилган. “Ала-тоо” препаратининг салбий таъсирини беморларда кузатмадик, ичишга қулай бўлиб ҳисобланади.

Хулоса: олинган натижалардан келиб чиқиб, доривор ўсимликлардан тайёрланган препарат “Ала-тоо” сиропининг вирусли гепатитлар энтеробиоз ҳамроҳлигида кечганда яхши самара бериши, гименолепидозга таъсири пастлиги аниқланди. Шу сабабли вирусли гепатит энтеробиоз билан ҳамроҳликда кечганда қўллашга ва амалиётга тавсия этиш мумкин.

ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ У ЖЕНЩИНАЛЬКОГОЛНЫМ НАПИТКОМ

*Юлдашева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние десятилетия отмечается значительный рост распространенности алкоголизма в Республике Узбекистан и других странах СНГ. Это подтверждается количеством потребляемого алкоголя на душу населения, увеличением числа алкогольных психозов, смертностью от алкоголизма и его осложнений. Возрастает рост женского алкоголизма. Наибольшее число, как мужчин, так и женщин с хроническим алкоголизмом приходится на возраст от 25 до 39 лет. В этом же возрасте идет подъем и эндокринных заболеваний.

Цель исследования: изучить особенности течения алкоголизма у больных женщин с сопутствующими соматическими нарушениями.

Материал и методы исследования: В связи с этим нами была обследована группа женщин, страдающих хроническим алкоголизмом из анамнеза состоящих на учете в АОНД.

Были изучены 58 женщин в возрасте от 35 до 57 лет. Все больные употребляли алкогольные напитки в течение продолжительного времени в форме систематического пьянства. Эти больные были условно разделены на 2 группы. В первую группу (34 больных, 58,6 %) вошли пациентки с отягощенной наследственностью (родственники больных

страдали психическими заболеваниями), в возрасте от 42-57 лет, состоящие на учете со II и III стадиями хронического алкоголизма. Во вторую группу (24 больных, 41,3 %) вошли пациентки безотягощенной наследственностью, в возрасте от 35-54 лет, состоящие на учете со II и III стадиями хронического алкоголизма.

Результаты и их обсуждение: Развитию алкоголизма у женщин способствуют микросоциальные условия и среди них, прежде всего, работа в сфере обслуживания (официантки, продавщицы); значительно более частые, чем у мужчин, предшествующие психические отклонения в форме психопатий, неврозов, психического инфантилизма, дебильности; начало злоупотребления алкоголем на фоне психотравмирующей ситуации.

Соматические нарушения при алкоголизме у женщин происходят чаще, чем у мужчин, в 2 раза чаще встречаются циррозы печени, гепатиты, невриты, алкогольная пеллагра. Нередко наблюдаются бесплодие, мертворождения, рождение детей с физическими пороками.

Наши результаты показали, что на фоне длительного злоупотребления спиртным самыми распространенными патологиями у женщин-алкоголиков являлись поражения печени и поджелудочной железы, гепатит (18%), цирроз печени (12%), панкреатит (16%), аменорея (16%), и другие.

Выводы: Длительное злоупотребление алкоголем приводит к необратимым изменениям внутренних органов. Пагубное влияние алкоголизма на женский организм проявлялся намного раньше, чем в случае с мужской алкогольной зависимостью.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХОЭКТАЗАМИ ПРИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

Юлдашева Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхоэктазы выявляются у 30% больных ХОБЛ. При МСКТ обследовании органов грудной клетки больных ХОБЛ было установлено, что число больных, имеющих бронхоэктазы, увеличивается прямопропорционально увеличению степени тяжести ХОБЛ. Бронхоэктазы осложняют течение ХОБЛ, влияют на прогрессирование заболевания, увеличивают частоту обострений и определяют выбор стандартов лечения, создают необходимость коррекции программ эрадикации инфекционных агентов в зависимости от выявленного возбудителя. Традиционное лечение тяжелых обострений ХОБЛ не приводит к полноценному стиханию воспалительного процесса в бронхиальном дереве, ремиссии становятся короче, заболевание прогрессирует, а в бронхиальном дереве формируются необратимые изменения. Возникает необходимость в дополнительных методах лечения — проведении эндобронхиальной терапии.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения пациентов с тяжелым обострением хронической обструктивной болезни легких и бронхоэктатической болезни путем включения в стандартную схему эндобронхиальной санации антисептиком, обработанным низкочастотным ультразвуком.

Материал и методы исследования. В исследование включены 105 пациентов с тяжелым обострением ХОБЛ и БЭБ, получавших лечение в отделении пульмонологии клиники АГМИ в 2017 - 2020 гг.

Результаты исследования. Обработка низкочастотным ультразвуком раствора диоксида повышает в 3 раза его противомикробную активность в отношении *S. aureus*, *Ps. aeruginosa*, *S. pneumoniae*.

Модифицированный метод санационной фибробронхоскопии путем использования свойств низкочастотного ультразвука уменьшает частоту обострений хронической обструктивной болезни легких и бронхоэктатической болезни и увеличивает продолжительность ремиссии в 1,5 раза.

Клиническим результатом комплексной терапии с применением эндобронхиальных методов лечения является регрессия респираторных симптомов, более выраженная у больных, получавших лечение с применением низкочастотного ультразвука.

Наиболее высокое содержание провоспалительных цитокинов выявлено у пациентов с бронхоэктатической болезнью и при хронической обструктивной болезни легких с бронхоэктазами, а также при обнаружении в бронхоальвеолярной лаважной жидкости *Ps. aeruginosa*, *E. faecium*, *S. pneumoniae*.

Применение санационных фибробронхоскопий с использованием низкочастотного ультразвука обеспечивает эрадикацию патогенной микробной флоры, позволяет добиться значительного снижения уровня провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-8) и повышения уровня IgA и числа альвеолярных макрофагов в лаважной жидкости, что указывает на эффективность использования метода в комплексном лечении больных.

Вывод. Применение метода эндобронхиальной санации диоксидом, обработанным низкочастотным ультразвуком, у пациентов с тяжелым обострением ХОБЛ и БЭБ, позволяет добиться более стойкой и продолжительной ремиссии за счет более эффективной, по сравнению с традиционной фибробронхоскопией, эрадикации патогенной микрофлоры из нижних дыхательных путей, а значит, более быстрого стихания воспалительного процесса в бронхах.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭВОЛЮЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ТИРОЗИНКИНАЗ

Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический миелолейкоз (ХМЛ) - первое клональное миелопролиферативное заболевание, при котором была выявлена генетическая поломка, приводящая к его развитию - реципрокная транслокация 1(9;22)(q34;q11.2), в результате которой на деривате 22 хромосомы образуется сливной ген BCR-ABL, продуктом экспрессии которого является аномальный белок Bcr-abl p210, обладающий высокой тирозинкиназной активностью. При современном

понимании механизмов, лежащих в основе этого заболевания, и основанном на этом прогрессе медицинских технологий, возможно патогенетически подойти к его диагностике и терапии. Появление препаратов, ингибирующих тирозинкиназы (ИТК), играющие основную роль в развитии ХМЛ, коренным образом изменило тактику его лечения, сделав ее патогенетически направленной.

Цель исследования. Изучить особенности поведения опухоли у больных ХМЛ в условиях длительного применения препаратов с антитирозинкиназной направленностью.

Материалы и методы исследования. Решение поставленных задач проводилось на основании клинко-лабораторного и инструментального обследования больных, которые находились на стационарном и/или амбулаторном лечении в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Результаты длительного наблюдения за большой когортой больных хроническим миелолейкозом свидетельствуют, что за последние 10 лет в результате внедрения современных методов антитирозинкиназной терапии существенно увеличилась общая выживаемость больных. Шестилетняя общая выживаемость составила 91% для пациентов, начавших лечение ингибиторами тирозинкиназ в ранней хронической фазе.

Девятилетняя общая выживаемость составила 78%, для больных, начавших лечение ингибиторами тирозинкиназ в поздней хронической фазе.

Раннее достижение полного цитогенетического ответа является основным благоприятным прогностическим фактором, влияющим на результаты долговременной терапии. Общая 9-летняя выживаемость у пациентов, достигших полного цитогенетического ответа к 12 мес. терапии иматинибом достоверно (на 15%) выше, чем у больных, достигших его в более поздние сроки.

Подтверждены известные клинические параметры, влияющие на полноту цитогенетического ответа и общую выживаемость: продолжительность хронического миелолейкоза не более 5 лет, отсутствие терапии бусульфаном до назначения ингибиторов тирозинкиназ. Кроме того, на общую выживаемость оказывает влияние предшествующее применение интерферона и прогностическая группа риска на момент диагностики хронического миелолейкоза.

Клональные цитогенетические аномалии в РЬ-юзитивных клетках выявлены в 11% случаев хронического миелолейкоза. Их обнаружение ассоциировано с развитием цитогенетической резистентности к терапии иматинибом, однако это не приводит к существенному уменьшению пятилетней общей выживаемости (80%) по сравнению с основной группой пациентов. Назначение ингибиторов тирозинкиназ второго поколения является эффективным в 30% случаев.

Сложные транслокации, приводящие к образованию аномального гена *Bcr-abl*, обнаружены у 3% больных хроническим миелолейкозом. Их наличие является неблагоприятным фактором при лечении больных ингибиторами тирозинкиназ.

Появление клонов в РИ-негативных клетках зарегистрировано у 3% больных хроническим миелолейкозом. Полный цитогенетический ответ у этих пациентов достигнут в поздние сроки в 90% случаев терапии ингибиторами тирозинкиназ. Наиболее часто выявляемые клоны трисомия хромосомы 8 и моносомия хромосомы 7 не являются факторами неблагоприятного прогноза терапии.

Вывод. Проведенный анализ отдаленных результатов лечения больных в хронической фазе ХМЛ показал высокую эффективность и безопасность десятилетней терапии иматинибом.

Разработанные рекомендации по оптимизации терапии ХМЛ, с учетом особенностей его течения при терапии ингибиторами тирозинкиназ, способствуют повышению качества лечения этого заболевания.

Показано, что созданный и внедренный на территории РФ регистр больных ХМЛ, является эффективным инструментом для оценки состояния диагностики и терапии заболевания в различных регионах РФ, эффективности внедрения новых технологий диагностики, мониторинга состояния пациентов, адекватности применения современных методов лечения и их стандартизации, своевременности перехода на более эффективную терапию (в случае резистентности к предыдущему лечению).

МОНИТОРИНГ И АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

*Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Терапия хронического миелолейкоза (ХМЛ)- клонального миелолипролиферативного заболевания со специфическим маркером Ph'- хромосомой, во второй половине 20 века была направлена, в основном, на контроль над массой лейкоэмических клеток крови. Перспективу увеличения продолжительности жизни по сравнению с ранее применявшимися цитотоксическими средствами для большинства больных давали интерферон- альфа (ИФН) в монорежиме или в комбинации с цитарабином. При лечении ИФН была показана возможность достижения полного цитогенетического ответа (ПЦО) у 6- 30% больных, в зависимости от группы риска, 10- летняя общая выживаемость (ОВ) составила 20- 53%, а у больных с ПЦО- 70- 78%.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты терапии больных в хронической фазе хронического миелолейкоза ингибиторами тирозинкиназ с помощью современных информационных технологий.

Методы исследования. При подготовке технического задания, необходимо было выделить наиболее значимые параметры клинко-гематологических и лабораторных данных, необходимые для: верификации диагноза ХМЛ, фазы ХМЛ, группы риска прогрессии заболевания, характеристик проводимой терапии.

Результаты исследования. Регистра больных хроническим миелолейкозом, которая позволяющая проводить сбор, хранение, передачу и статистический анализ клинко- гематологических и административных данных, необходимых для решения научно- практических задач.

Результаты 9-летнего лечения ингибиторами тирозинкиназ у больных в хронической фазе хронического миелолейкоза после неудачи терапии интерфероном -альфа показали, что общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования составили 75% и 78,5%, соответственно.

При терапии ингибиторами тирозинкиназ полный цитогенетический ответ достигнут у 64% больных, из них у 16% впервые на 4-9 году терапии. Достижение полного цитогенетического ответа- важный прогностический фактор, влияющих на долговременные результаты терапии. Выживаемость больных, достигших полного цитогенетического ответа к 6 мес. терапии иматинибом, составила 90% против 81%, 74% и 73% у больных с частичным, малым и минимальным и без цитогенетического ответа соответственно.

Подтверждено, что факторами, достоверно позволяющими прогнозировать достижение полного цитогенетического ответа и длительную общую выживаемость, являются клиничко- гематологические параметры, характеризующие низкий риск прогрессии заболевания, полный гематологический ответ к 3 мес. лечения и большой цитогенетический ответ к 6, 12 и 18 мес.

Установлена возможность получения большого и полного молекулярного ответа у 67,5% больных с полным цитогенетическим ответом, продолжающих получать терапию иматинибом в хронической фазе хронического миелолейкоза при резистентности к ИФН-а или его непереносимости, что составляет 27% от общей группы больных.

У больных в хронической фазе хронического миелолейкоза (Ме 120 мес.) после достижения полного цитогенетического ответа не выявлено развитие РВ'- негативных властных кризов; частота развития вторичных опухолей составила 2,8%

Вывод. Регистр больных ХМЛ с новой информационной структурой позволяет улучшить качество мониторинга и коррекции терапии больных с данной нозологией, а также использовать его для решения практических задач гематологами и административными органами, принимать участие в национальных и международных научных исследованиях. Внедрение новой информационной структуры регистра больных ХМЛ дает возможность для генерации индивидуальных отчетных форм по динамике лечения пациента, сводных отчетных форм по оценке эффективности проводимой терапии ИТК, статистических сведений в социальные структуры.

Отдаленные результаты 10- летней терапии ИМ больных в поздней ХФ ХМЛ после неудач терапии препаратами ИФН показали высокую эффективность и безопасность лечения ИТК.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ И СТРАХА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Юлдашова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Тревога и страх, по данным ряда авторов, встречается в два раза чаще у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), чем в обычной популяции. Стресс у пациентов с ХСН связана с тяжестью основного заболевания, физическими и социальными ограничениями, снижением качества жизни, частыми госпитализациями.

Цель – определить влияние тревоги и страха на течение хронической сердечной недостаточности и эффективности афобазола

Методы исследования: Исследования проводилось в семейной поликлинике №3 г. Самарканда. Нами обследовано 83 больных в возрасте от 44 до 72 лет, (47 женщины и 36 мужчины), с ХСН I-II стадии (I-II функциональные классы по NYHA). ХСН являлась следствием ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, дилатационной кардиомиопатии, аритмии. Тревожные состояния и страх оценивались шкалами HADS. Качество жизни по данным Миннесотского опросника. Анализ качества жизни и клинического состояния проводился отдельно в группах больных в зависимости от наличия и выраженности аффективных расстройств. Исследуемые больные в индивидуальных дозах получали афобазол (от 10 до 60 мг в сутки).

Результаты и обсуждение: Результаты нашего исследования показали, что у 32 больных (36,5%) отклонений в психоэмоциональном статусе не выявлено, они составили 1-ую группу пациентов. У 13 пациентов выявлены признаки изолированной депрессии (страх), (2-я группа). 17 пациента страдали только тревожными расстройствами, (3-я группа). Сочетание тревоги и страха было выявлено у 21 больного (4-я группа). Во 2, 3, 4 группах выявленные аффективные расстройства были клинически значимые (>10 баллов по шкале HADS). Показатели качества жизни пациентов достоверно ($p < 0,005$) отличались во 2, 3, 4 группах относительно пациентов 1 группы. Исследуемые больные кратковременно (до 10 дней) и длительно (до 40 дней) принимали афобазол.

Выводы: Нами полученные данные свидетельствуют о том, что 63,5% больных с ХСН страдают расстройствами психоэмоционального статуса. Качество жизни больных с ХСН ухудшается при появлении депрессивных (страх) и тревожных расстройств, причем их сочетание приводит к наибольшему ухудшению качества жизни. У больных, получавших афобазол кратковременно (2 недели), наблюдалась эффективность лечения -30 %, при долговременном приеме в течение 30-60 дней, эффективность лечения - 60 %.

ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ ДИСТОНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИИ

Юсупова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальными направлениями в изучении этой проблемы являются исследование механизмов вегетососудистых расстройств больных депрессии, особенности клиники и дифференциальной диагностики соматизированных депрессий в кардиологической практике: вопросы лечения депрессивных расстройств у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями. Депрессия инициирует конкретные патофизиологические механизмы, которые кардинальным образом влияют на состояние сердечно – сосудистой системы.

В условиях кардиологической клиники, как правило, речь идет о соматизированных, атипичных депрессиях когда проявления собственно гипотимии маскированы множественными симптомами соматического характера. При этом так называемые соматические эквиваленты депрессии имеют сходство с типичными проявлениями кардиальной патологии.

Активация симпатoadренальной системы при депрессии обуславливает снижение вариабельности сердечного ритма, артериальную гипертензию, усиление коагуляции и ослабление фибринолиза. Подавление активности серотонинергической системы способствует тромбообразованию за счет повышения агрегации тромбоцитов и снижения фибринолиза, а также развитию коронарораспазма. Перечисленные данные объясняют причину более высоких показателей смертности у больных с депрессией. Известно, что, несмотря на клиническую и социальную значимость депрессивных расстройств у больных с вегетососудистой патологией, в 50% эти расстройства не диагностируются и соответственно не лечатся. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения особенностей депрессивных расстройств у больных ССЗ.

Цель исследования. Изучение клинической специфичности вегетососудистых расстройств у больных депрессии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено обследование 48 больных (м – 28 – 58,3%, ж – 20 – 41,7%), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники АГМИ. Критерии включения в исследование: больные (мужчины и женщины старше 18 лет) с вегетососудистыми расстройствами.

Результаты исследования. В картине болезни начали доминировать эмоционально – гиперестетические расстройства – плаксивость, обидчивость, ухудшение когнитивных функций. Больные предъявляли обилие жалоб астенического характера (физическая слабость, головные боли, ухудшение памяти, концентрации внимания). Клинико – катamnестического исследования больных с вегетососудистыми расстройствами позволило выделить их соматогенные депрессии – органическая и симптоматическая (20 %) – у пациентом с хронической ИБС, а так же у больных с сопутствующей патологией (АГ, эндокринопатии).

Симптоматические депрессии формируются по тем же законам, что и органические: дебютируют при утяжелении состояния и редуцируют по мере обратного развития симптомов соматического заболевания. Клиническая картина психовегетативных расстройств, осложняющих соматическое заболевание, чаще приобретает форму астенической депрессии с гиперестезией, явлениями раздражительной слабости, повышенной истощаемости, слабодушием, слезливостью. Наряду с этим могут наблюдаться психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а так же выраженные вегетососудистые проявления – жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения. Сочетание депрессии с соматической болезнью усложняет процесс диагностики и терапии и негативно влияет на течение и прогноз как психического, так и соматического заболевания. Психогенные депрессии – реактивная депрессия (60 %), преимущественно нозогенная (личностная реакция на впервые выявленное заболевание), реже – связанная с воздействием психотравмирующих факторов социально – стрессового характера.

Вывод. Сердечные препараты уменьшают боль, но не снимают ее полностью и не влияют на психическое состояние больных. После назначения антидепрессантов, состояние 30 (62,5%), больных улучшилось.

РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ ДИЕТИЧЕСКИХ РАЦИОНОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юсупова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В лечении МС первостепенными и патогенетически обоснованными являются мероприятия, направленные на нормализацию метаболических нарушений и снижение массы тела. Диетотерапия является одним из важнейших звеньев профилактики и лечения МС. Целенаправленное моделирование диеты позволяет снизить или нормализовать уровень глюкозы и липидов в крови, артериальное давление и массу тела у пациентов с МС. Основным требованием к построению рациона при МС является ограничение его энергетической ценности.

При этом необходимо следить за реализацией потребностей больного в наборе макро- и микронутриентов, что достигается использованием в стандартных гипокалорийных диетах специализированных и функциональных пищевых продуктов, сбалансированных по составу нутриентов и адаптированных к особенностям организма пациента с МС. Оптимизация диетотерапии при МС является наиболее эффективной при учете результатов комплексной оценки пищевого статуса с использованием биоимпедансометрии, непрямой калориметрии, биохимических показателей липидного, углеводного, белкового обмена, а также гормонального и цитокинового статуса.

Цель исследования. На основании комплексной оценки пищевого статуса с использованием современных методов нутриметабономики разработать и оценить эффективность оптимизированных диетических рационов для пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное обследование было проведено у 168 пациентов с МС - 34 мужчин и 134 женщин в возрасте от 23 до 69 лет (средний возраст по группе 55,2±1,5 лет).

Результаты исследования. Включение в стандартную гипокалорийную диету у пациентов с метаболическим синдромом специализированного продукта, обогащенного растительными и животными белками, пищевыми волокнами, витаминами и минеральными веществами, сопровождалось более выраженным, чем у пациентов группы сравнения, снижением жировой массы тела (на 6,1±0,4% против 5,4±0,3%, соотв.), увеличением доли тощей массы тела (на 2,0±0,2% против 1,3±0,2%, соотв., $p<0,001$), снижением скорости окисления белка (на 25,1±5,1% и 19,3±3,4% от исходного уровня, соотв., $p<0,04$) и увеличением скорости окисления жира (на 38,7±5,6% и 21,2±3,5% от исходного уровня, соотв., $p<0,01$).

Модификация жирнокислотного состава рациона у больных метаболическим синдромом с использованием функционального пищевого продукта, содержащего жировую эмульсию, обеспечивающую медленное расщепление жиров, способствовало значительному снижению чувства голода и более продолжительному ощущению насыщения, чем у пациентов группы сравнения, а также большему снижению массы тела за счет жирового компонента (на 9,7±1,3% против

5,4±0,3%, соотв., $p<0,01$) и достоверно более выраженному снижению уровня грелина в крови (на 27,0±2,4% и 12,0±1,6%, соотв., $p<0,05$).

Применение в комплексе лечебных мероприятий при метаболическом синдроме и сахарном диабете 2-го типа специализированного продукта, содержащего медленно всасываемые углеводы, пищевые волокна и мононенасыщенные жирные кислоты, сопровождалось более выраженным, чем в группе сравнения, снижением индекса инсулинорезистентности НОМА (на 44,8±5,6% против 10,4±2,2%, соотв., $p<0,001$), гликированного гемоглобина (на 15,2±3,4% против 2,5±0,5%, соотв., $p<0,01$), а также снижением уровня энерготрат покоя (на 21,3±3,5% против 13,8±2,3%, соотв., $p<0,05$) и повышением скорости окисления жира (на 18,5±3,5% против 11,7±2,9%, соотв., $p<0,01$).

Разработанные оптимизированные диетические рационы для пациентов с метаболическим синдромом способствуют появлению положительной динамики показателей гликемического контроля, липидного обмена, гормонального статуса, состава тела (снижение массы тела преимущественно за счет жирового компонента и сохранение активной клеточной массы тела) и метаболического статуса (снижение уровня энерготрат покоя, скорости окисления углеводов и белка, повышение скорости окисления жира).

Вывод. Установлено, что комплексная оценка пищевого статуса позволяет оптимизировать диетологические подходы для коррекции базальной и постпрандиальной гипергликемии, дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с МС.

Выявленные нарушения пищевого статуса при МС (избыточное содержание жировой массы, повышение уровня энерготрат покоя при снижении скорости окисления жира, дислипидемия, гипергликемия, гиперинсулинемия, гипер-С-пептидемия,

гипоадипонектинемия) обосновывает необходимость оптимизации диетотерапии у этих больных.

Показано, что метаболически ориентированная диетотерапия способствует улучшению показателей гликемического контроля, липидного и белкового обменов, повышению чувствительности периферических тканей к инсулину у пациентов с МС.

ПОДХОДЫ К ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Юнусова Н.Ш., Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Сафаров А.Ж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире. По данным Framingham Heart Study, проводимой в школе медицины Бостонского университета (США) одной из основных причин развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая составляет более 60% в структуре развития ХСН. Исследованиями, проведенными в специализированных центрах показано важная роль реабилитации больных с применением физических тренировок, которые способствуют улучшению клинического течения заболевания путем повышения толерантности к физической нагрузке. В связи с этим уделяется в последних Европейских рекомендациях по лечению ХСН большое внимание уделяется наряду с медикаментозной терапией и реабилитации больных ХСН. ХСН представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему из-за значительной распространенности, высокого уровня смертности и больших затрат на лечение больных.

Цель исследования. Изучить влияние комплекса нагрузочных физических тренировок на показатели толерантности к физической нагрузке и клиническое состояние больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования. Обследовано 90 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) осложненной ХСН I-III ФК. Средний возраст больных 61,3±1,5 лет. Оценка клинического состояния больных проводилась с применением шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированная Мареевым В.Ю. (2000). Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 45 больных ХСН I ФК (23), II ФК (17), III ФК (5); 2 группа — 45 больных ХСН I ФК (21), II ФК (19), III ФК (5). В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). 1 группа в дополнение занималась общепринятым вариантом комплекса физических упражнений, который включал в себя утреннюю гимнастику, тренировку аэробной направленности в виде велотренировки с нарастающей нагрузочной тяжестью на аппарате “МОТОМЕД”.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что у больных I и II группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p<0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p<0,001$), соответственно, по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p<0,001$). На фоне 6 месяцев лечения с включением комплекса физических тренировок у больных 1 группы с I ФК ХСН сумма баллов по шкале ШОКС увеличилась на 50,7% ($p<0,001$), а у больных II группы — на 42,6% ($p<0,001$); у больных 1 группы со II ФК ХСН — на 41,8% ($p<0,001$), а у больных II группы — на 29,2% ($p<0,001$); у больных 1 группы с III ФК — на 22,5% ($p<0,001$), а у больных II группы — на 8,5% ($p<0,005$), соответственно, по сравнению с исходными показателями. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p<0,005$), соответственно, по сравнению с исходными показателями. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p<0,001$), у больных второй группы — на 16,3%, 9,4% и 13% ($p<0,005$), соответственно. По завершению комплекса физических упражнений большинство больных отметили улучшение клинического состояния, которое проявлялось в уменьшении одышки, стабилизации артериального давления, что способствовало повышению функциональных возможностей и физической работоспособности больных независимо от ФК ХСН.

Выводы: Таким образом, у больных ХСН регулярное применение комплекса физических тренировок способствует улучшению общего самочувствия, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам и улучшает клиническое состояние больных.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Юсупова Ш.К., Юсупов К.А., Мухамедова В.М., Мамадинова Л.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) и артериальная гипертония (АГ) входят в число наиболее распространенных заболеваний. Сочетание СД и АГ повышает риск развития микро- и макрососудистых нарушений и, соответственно, предопределяет высокую частоту ранней инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. АГ и нарушения углеводного обмена патогенетически взаимосвязанных процесса.

Цель исследования. Оценить эффективность применения моксонидина в сочетании с эналаприлом в течение 12 недель на функциональное состояние симпатно-адреналовой системы (САС) у больных СД 2 типа с АГ.

Материал и методы исследования. Было исследовано 57 мужчин в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст - $55,82 \pm 1,30$ лет) с диагнозом СД 2-го типа с АГ, который был установлен в соответствии с критериями ВОЗ (1999). Больные СД 2 типа с АГ методом случайной выборки после проведенного обследования были подразделены на 2 группы, которые были сопоставимы по возрасту, длительности артериальной гипертонии и сахарного диабета, офисному систолическому и диастолическому АД. Больные 1 группы – 37 человек получали в качестве антигипертензивной терапии эналаприл в дозе 10 мг/сут и традиционное лечение.

Вторую группу составили – 20 пациентов, получавших также традиционное лечение, дополнительно к гипотензивной терапии (эналаприл в дозе по 10 мг в сутки) получали моксонидин (физиотенз, компания Abbott) в дозах 0,4 мг. Мониторирование АД выполняли в условиях "чистого" фона и через 12 недель терапии эналаприлом или в комбинации его с физиотензом. Для суждения о функциональном состоянии САС определяли суточную экскрецию с мочой адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА) и ДОФА флюорометрическим методом в модификации Э.Ш.Матлиной и соавт. (1965 год).

Средние арифметические показатели по сравниваемым группам и их средние ошибки ($M \pm m$) вычисляли методом вариационной статистики, достоверность разницы сравниваемых величин определяли с использованием t-критерия Стьюдента.

При анализе активности симпатноадреналовой системы после проведения лечения (табл. 3) в 1 группе отмечено статистически достоверное понижение суточной экскреции КА и ДОФА, по отношению к исходным значениям. Так, экскреция суммарного А понизилась на 12,8% (в 1,13 раза) ($P < 0,05$), НА - на 13,6% (в 1,14 раза) ($P < 0,02$), ДА - на 6,4% (в 1,1 раза) ($P < 0,001$), ДОФА - на 25,0% (в 1,25 раза) ($P < 0,001$). Также происходила нормализация показателей коэффициентных соотношений КА, их предшественников и метаболитов.

Во 2 группе после проведения лечения моксонидином, отметили более выраженное статистически достоверное понижение суточной экскреции КА и ДОФА, причем значения этих показателей приближались к показателям группы контроля. Так, экскреция суммарного А понизилась на 20,4% (в 1,2 раза), НА на 25,6% (в 1,3 раза), ДА - на 8,9% (в 1,1 раза), ДОФА - на 45,4% (в 1,25 раза) ($P < 0,01-0,001$). Также происходила нормализация показателей коэффициентных соотношений КА, их предшественников и метаболитов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕНЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*Юсупова Ш.К., Юсупов К.А., Мамадинова Л.Х., Холматова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние десятилетия распространенность сахарного диабета (СД) во всем мире приняла масштабы пандемии. СД 2 типа характеризуется развитием тяжелых инвалидизирующих осложнений, приводящих к потере трудоспособности и преждевременной смерти. Многочисленные исследования продемонстрировали, что у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД) существенно повышена заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями. В нескольких крупных клинических исследованиях было показано, что жесткий контроль артериального давления снижает частоту сердечно-сосудистых заболеваний и смертность лиц с сахарным диабетом 2 типа. В ряде клинических исследований была показана эффективность моксонидина в лечении АГ, которая была сопоставимой с эффективностью других современных антигипертензивных препаратов. Целью исследования явилось сравнение клинической эффективности, влияния на уровень АД ингибитора ангиотензинпревращающего фермента - эналаприла и агониста имидазолиновых рецепторов - физиотенза.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 57 мужчин в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст - $55,82 \pm 1,30$ лет) с диагнозом СД 2-го типа с АГ, который был установлен в соответствии с критериями ВОЗ (1999). Больные СД 2 типа с АГ методом случайной выборки после проведенного обследования были подразделены на 2 группы, которые были сопоставимы по возрасту, длительности артериальной гипертонии и сахарного диабета, офисному систолическому и диастолическому АД. Больные 1 группы – 37 человек получали в качестве антигипертензивной терапии эналаприл в дозе 10 мг/сут и традиционное лечение.

Вторую группу составили – 20 пациентов, получавших также традиционное лечение, дополнительно к гипотензивной терапии (эналаприл в дозе по 10 мг в сутки) получали моксонидин (физиотенз, компания Abbott) в дозах

0,4 мг. Мониторирование АД выполняли в условиях "чистого" фона и через 12 недель терапии эналаприлом или в комбинации его с физиотензом.

Средние арифметические показатели по сравниваемым группам и их средние ошибки ($M \pm m$) вычисляли методом вариационной статистики, достоверность разницы сравниваемых величин определяли с использованием t -критерия Стьюдента.

Результаты исследования. После проведенного лечения через 12 недель у больных подгруппы А отмечалась положительная динамика уровней АД, так уровни САД и ДАД снизились на 15,0% и на 9,7% соответственно, а в подгруппе Б эти показатели уменьшились на 16,8% и на 11,1% соответственно результаты исследования показывают, что оба препарата сопоставимы по гипотензивному эффекту на офисное САД и ДАД, при этом Физиотенз уменьшал величину и скорость утреннего подъема АД, что делает его перспективным препаратом для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

*Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время известно, что моноклональные иммуноглобулины, циркулируя в кровеносном русле, создают предпосылки для развития нарушений в разных органах и системах, в том числе в системе гемостаза. Так тромбоциты могут быть выключены из процесса свертывания крови, вследствие «окутывания» их парапротеином. Кроме того, моноклональный белок может образовывать комплексы с различными факторами свертывания крови, препятствуя, таким образом, их участию в процессе гемостаза, с чем связывают развитие геморрагических осложнений у ряда пациентов с ММ. Кроме того, было показано, что диспротеинемия и высокое значение коллоидно-осмотического давления плазмы ведут к агрегации всех форменных элементов крови, их разрушению с последующим высвобождением в кровеносное русло факторов, активирующих ферментативный каскад свертывания.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений в системе гемостаза у больных множественной миеломой в различные периоды заболевания.

Материалы и методы исследования. В ходе данной работы было обследовано 104 больных, находящихся на лечении в клинике АГМИ 25 пациентов в возрасте от 51 до 78 лет с впервые выявленной ММ, 29 больных, ответивших на терапию в возрасте от 33 до 73 лет и 50 больных, не ответивших на терапию в возрасте от 40 до 81 года. Контрольную группу составили 94, сопоставимых по полу и возрасту практически здоровых лиц.

Результаты исследования. В соответствии с поставленными задачами, мы, прежде всего, оценили состояние тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза у пациентов с впервые выявленной ММ до начала проведения противомиеломной терапии.

В ходе исследования больных в дебюте заболевания установлено статистически значимое по сравнению с нормой повышение активности фактора VIII (220% против 104%, $p < 0,05$), активности и уровня фактора Виллебранда (200% против 97%; 154% против 107% соответственно), концентрации фибриногена (3,19 г/л против 2,52 г/л). По мнению ряда исследователей, повышение указанных коагуляционных параметров свидетельствует об активности процесса ангиогенеза в костном мозге, свойственного больным ММ (Minnema M.C., 2003). Известно, что развитию гиперкоагуляционных изменений способствует угнетение фибринолитической активности крови, которое у больных опухолевыми заболеваниями связывают с повышенной экспрессией ингибиторов фибринолиза (PAI-1, PAI-2, u-PAR) под влиянием провоспалительных цитокинов, выделяемых опухолью. Результаты нашего исследования, основанные на значимом удлинении времени Хагеман-зависимого лизиса эуглобулиновой фракции плазмы, подтверждают наличие угнетения фибринолиза у пациентов с впервые выявленной ММ.

У пациентов обследованной группы отмечалась также выраженная активация кровяных пластинок. Достоверно, по сравнению с нормой, у больных была повышена сумма активных форм тромбоцитов (32,8 против 25,5, $p < 0,05$) и число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты (10,1 против 7,0, $p < 0,05$). Это согласуется с выявленными у них признаками гиперкоагуляции, для которой, как известно, характерно усиление генерации тромбина -наиболее сильного индуктора тромбоцитарных реакций. Полученные нами данные в ходе изучения особенностей тромбоцитарного звена системы гемостаза у больных ММ практически совпадают с результатами других исследователей, отметивших усиление внутрисосудистой активации тромбоцитов под влиянием синтезируемых патологических парапротеинов. Наряду с вышеприведенными исследованиями у пациентов с впервые выявленной ММ до начала терапии была проведена оценка активности естественных антикоагулянтов. Ни в целом по группе, ни по отдельности у больных не выявлено снижения активности антитромбина. Медиана активности другой группы естественных антикоагулянтов - протеинов С и S в целом по группе также не выходила за пределы нормальных колебаний и составляла 76,7% и 75,7% соответственно при принятой нижней границе нормы 65%. Однако индивидуальный анализ результатов исследования выявил снижение активности протеинов С и S у трети больных (в 31% случаев для протеина Сив 27% - для протеина S).

Учитывая, что тромботические осложнения наиболее характерны для пациентов с впервые выявленным онкологическим заболеванием, в том числе ММ, нам представлялось важным оценить не только отдельные составляющие системы протеина С (протеины С и S), но и ее функционирование в целом. С этой целью мы использовали тест генерации тромбина в постановке с тромбомодулином, и на основании степени снижения показателей ЕТР и Peak оценили общий вклад системы протеина С в угнетение генерации тромбина. У пациентов исследуемой группы установлено статистически значимое снижение степени угнетения показателей ЕТР и Peak на 53% и 44% против 67,8% и 59,7% ($p < 0,05$) соответственно в контрольной группе. Полученные данные свидетельствуют об угнетении функционирования данной системы антикоагулянтной защиты у пациентов исследованной группы. Причиной подобного нарушения могут быть как снижение активности отдельных антикоагулянтов - протеинов С и S, так и наличие резистентности к активированному протеину С врожденного и/или приобретенного характера.

Таким образом, в целом по группе у больных с впервые выявленной ММ до начала лечения имелись явные признаки гиперкоагуляции, которые, с одной стороны, проявлялись активацией кровяных пластинок, увеличением активности прокоагулянтов, а с другой - угнетением фибринолиза и антикоагулянтной системы протеина С.

Вывод. Пациенты без тромботических эпизодов в прошлом наиболее подвержены развитию гиперкоагуляции, особенно в начале индукционной терапии и в период ответа, и, следовательно, имеют высокий риск развития тромботических осложнений именно в данные фазы заболевания.

Наличие в анамнезе тромботических эпизодов и/или заболеваний, предрасполагающих к их развитию, является фактором риска развития гиперкоагуляционных нарушений до начала проведения пациентам специальной терапии и в период прогрессии заболевания.

С целью обеспечения индивидуальной оценки особенностей гемостатического дисбаланса и предотвращения тромбоэмболических осложнений у больных ММ следует провести тщательный сбор анамнестических данных о наличии у них тромботических эпизодов в прошлом и комплексную оценку состояния гемостаза с учетом про- и антикоагулянтных факторов.

НАРУШЕНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ СЕПСИСЕ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МИЕЛОТОКСИЧЕСКИМ АГРАНУЛОЦИТОЗОМ

*Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Нарушения гемостаза являются «узловым патогенетическим звеном развития органной патологии при сепсисе. Система гемостаза реагирует на сепсис и септический шок (СШ) развитием ДВС синдрома, активацией свертывания, снижением активности антикоагулянтов и фибринолитической активности плазмы крови, что создает условия для микротромбирования, которое играет важную роль в формировании полиорганной патологии при сепсисе.

Особенно важна проблема нарушений гемостаза при сепсисе у онкогематологических больных, у которых инфекционные осложнения в период миелотоксического агранулоцитоза являются наиболее частыми и угрожающими. С учетом этих данных, актуальным является исследовать диагностическое и прогностическое значения различных методов, позволяющих оценить состояние гемостаза при сепсисе.

Цель исследования. Установить диагностическое и прогностическое значение изменений параметров гемостаза у больных миелотоксическим агранулоцитозом при сепсисе.

Материалы и методы исследования. В исследование включались больные различными формами гемобластозов, у которых после курса химиотерапии развился миелотоксический агранулоцитоз.

Результаты исследования. Этиология и течение сепсиса у больных с миелотоксическим агранулоцитозом. В 45% случаев очагом инфекции при сепсисе явилась пневмония, в 22,2% - некротическая энтеропатия, в 16,4% - катетерассоциированная инфекция. У 16,4% больных первичный очаг инфекции не был верифицирован. Преобладала бактериемия, вызванная грамположительной флорой (34%), грамотрицательная бактериемия встречалась в 21% случаев. У 16% больных в крови одновременно выявлены грамположительные и грамотрицательные патогены. Грибы явились причиной сепсиса в 2,6% случаев. В 26% случаев при наличии клинической картины сепсиса патогены в крови не обнаружены. Среди грамположительной флоры преобладали *Staphylococcus coagulase-negative* (10), *Staphylococcus faecalis* (6) и *Streptococcus viridans* (5). Реже встречался *Enterococcus faecalis* (3). Среди грамотрицательной флоры основными возбудителями были *Escherichia coli* (7), *Klebsiella pneumoniae* (6). Реже встречались *Pseudomonas aeruginosa* (5), *Salmonella species* (3), *Enterobacter cloacae* (2). Грибковый сепсис был вызван *Candida albicans* (1), *Aspergillus fumigatus* (1). У больных с грамотрицательным сепсисом по сравнению с грамположительным сепсисом выявлены более высокие уровни плазменной активности ФВ ($180,0 \pm 4,0$ % vs $160,0 \pm 5,1$ %, $p < 0,05$) и фактор VIII ($141,0 \pm 10,5$ % vs $123,0 \pm 7,9$ %, $p < 0,05$), а также сывороточной концентрации ПКТ ($35,4 \pm 12,1$ нг/мл vs $3,9 \pm 8,2$ нг/мл, $p < 0,05$). Остальные параметры при сепсисе различной этиологии не различались.

Маркеры воспаления при сепсисе у больных с миелотоксическим агранулоцитозом. Сывороточная концентрация СРБ была повышена у всех больных с сепсисом. На 3 сутки при тяжелом сепсисе и СШ она стала достоверно выше, чем при сепсисе без ПОН.

При 28-дневном наблюдении достоверное снижение плазменной концентрации фибриногена по сравнению с первым днем зарегистрировано на 28 сутки, но и к этому времени эта концентрация оставалась выше, чем в контрольной группе.

С первых же суток наблюдения протромбиновый индекс (ПИ) был ниже у больных с тяжелым сепсисом и СШ (в среднем 52,2%), чем при сепсисе без ПОН (в среднем, 76,1%, $p < 0,05$). У отдельных больных с СШ ПИ снижался до 14 % в течение первых 5 суток. У всех больных сепсисом ПИ был ниже, чем в контрольной группе. С 4 суток наблюдения у больных сепсисом ПИ достиг уровня контрольной группы, оставаясь в дальнейшем в целом по группе в пределах значений контрольной группы.

Система антикоагулянтов у больных миелотоксическим агранулоцитозом при сепсисе. Сниженная активность протеина С в плазме по сравнению с контрольной группой наблюдалась в обеих подгруппах больных с сепсисом с первого дня наблюдения, составляя в среднем 53,8% (мин 18 %, макс 81 %) для больных сепсисом без ПОН и 41,5% (мин 7 %, макс 77 %) для больных с тяжелым сепсисом и СШ (рис. 4А). По мере лечения отмечалось дальнейшее снижение активности протеина С при тяжелом сепсисе и СШ и постепенное ее повышение при сепсисе без ПОН. Через неделю среди больных с сепсисом активность протеина С достигла уровня контрольной группы и оставалась в этих пределах до конца периода наблюдения.

Исходно плазменная активность АТIII была снижена в обеих подгруппах больных сепсисом. У больных с тяжелым сепсисом и СШ активность АТ III была ниже (в среднем, 53,7 %, минимально 33 %), чем у больных с сепсисом без ПОН (в среднем, 73,6 %, минимально 53%) ($p < 0,05$). Нормализация активности АТIII в группе больных с сепсисом

без ПОН наблюдалась к 4 суткам (рис 4А). Больные с СШ и тяжелым сепсисом получали терапию высокими дозами концентрата АТП, в связи, с чем активность АТП у этих больных достигла контрольного уровня к концу первых суток, а с 3-их суток стала выше, чем в контроле.

Таким образом, максимальное снижение активности естественных антикоагулянтов происходит в первые два-три дня сепсиса, поэтому оптимальное терапевтическое воздействие на эту систему гемостаза целесообразно осуществлять в первые трое суток.

Вывод. Выявлены наиболее диагностически и прогностически значимые тесты исследования гемостаза и маркеров воспаления при сепсисе у онкогематологических больных миелотоксическим агранулоцитозом. Изучение гемостаза при длительном наблюдении за онкогематологическими больными с сепсисом позволило установить наиболее оптимальные временные периоды для возможного воздействия на отдельные параметры этой системы в зависимости от сроков возникновения сепсиса, тяжести его течения, выраженности полиорганной недостаточности.

Предложено использовать отношение длительности фХПз-зависимого фибринолиза к плазменной активности антитромбина III как показатель, отражающий тяжесть состояния больных с сепсисом, позволяющий оценивать эффективность проводимой терапии и имеющий прогностическое значение.

ФАКТОРЫ, ВЛЯЮЩИЕ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ

Традиционный подход к оценке состояния беременной основан на определении факторов риска для выявления и диагностики возможных осложнений: угроза прерывания беременности, гестационной гипертензии, проявлений соматической патологии. Одним из наиболее частых осложнений беременности является гестационная гипертензия. В настоящее время гестационная гипертензия составляет 12–15% среди причин материнской смертности, то есть каждый ее 7–8-й случай, и занимает 3-ю позицию в рейтинге ее структуры. А последствия гестационной гипертензии на жизнь и здоровье потомства накладывают самый серьезный отпечаток, служа одной из ведущих причин перинатальной смертности (2–3%) и патологии новорожденных (около 70%).

Целью исследования явилось изучение функциональных особенностей организма, адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы для определения критериев, влияющих на степень тяжести развития гестационной гипертензии второй половины беременности.

Объектом исследования явились беременные с развитием гестационной гипертензии II половины беременности. Под наблюдением находились беременные с гестационной гипертензией II половины беременности $n=50$ средний возраст 26,5 (23,0; 33,0) при сроке гестации от 31 до 40 недель из них с гестационной гипертензией легкой степени тяжести – 38 человек (75%), средней степени тяжести – 12 человек (25%).

Всем беременным женщинам было проведено полное клинико-анамнестическое обследование. Из адаптационных показателей сердечно-сосудистой системы были обследованы следующие: адаптационный потенциал (АП), вегетативный индекс Кердо, тип саморегуляции кровообращения (ТСК), коэффициент выносливости (КВ), систолический объем крови (СО), минутный объем крови (МО), среднединамическое давление (СДД), периферическое сосудистое сопротивление (ПС), систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД).

При анализе клинико-анамнестических данных у беременных с гестационной гипертензией легкой и средней степени тяжести было выявлено, что большинство беременных женщин, страдающих никотиновой зависимостью относилось к группе с гестационной гипертензией легкой степени ($p=0,0231$). У беременных с гестационной гипертензией средней степени тяжести было выявлено статистически достоверное повышение веса ($p=0,0259$), индекса массы тела ($p=0,0054$), а также диастолического ($p=0,0046$) и среднединамического артериального давления ($p=0,012$) по сравнению с беременными, страдающими гестационной гипертензией легкой степени тяжести.

Анализ показателей адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы выявил, что у беременных с гестационной гипертензией легкой степени тяжести отмечается напряжение механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы ($АП=2,6-3,9$) с преобладанием на нее парасимпатического отдела вегетативной нервной системы ($ВИК<0$) и сердечно-сосудистый тип саморегуляции кровообращения ($90<ТСК<110$). У беременных с гестационной гипертензией средней степени тяжести отмечается тенденция к срыву адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы ($АП=4,2$) на фоне усиления на нее парасимпатических влияний ($ВИК=-99,0$) и сердечно-сосудистый тип саморегуляции кровообращения ($ТСК=105,3$). Показатель систолического объема крови в группах обследованных находился в пределах возрастной физиологической нормы, однако между группами отмечалось существенное его различие ($p=0,034$).

Также отмечается существенное отличие ($p=0,010$) в значении показателя периферического сосудистого сопротивления у беременных с гестационной гипертензией легкой и средней степени тяжести.

Таким образом, при анализе изучаемых признаков выявлено, что на степень тяжести гестационной гипертензии влияет: повышение веса, индекса массы тела, диастолического и среднединамического артериального давления, а также срыв адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы с преобладающим влиянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистый тип саморегуляции кровообращения.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ

Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ

Частота преждевременных родов в мире в последние годы составляет 5–10% и, несмотря на появление новых технологий, не имеет тенденции к снижению. На долю недоношенных детей приходится 60–70% ранней неонатальной

смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП. Мертворождение при преждевременных родах наблюдается в 8–13 раз чаще, чем при срочных.

Целью нашего исследования явилось изучение акушерской тактики и перинатальных исходов при невынашивании.

Материалы и методы: проанализировано 306 историй женщин с преждевременными родами в родильном доме.

Результаты исследования. Наблюдались в женской консультации 304 женщины (99,3%), показатель ранней явки – 46% (141/306). Удельный вес горожанок составил 47,7% (146/306), сельских жительниц – 52,3% (160/306). Средний возраст составил 28±6,5 лет. Факторы риска преждевременных родов являлись курение, первый и второй аборт в анамнезе до настоящих родов, сексуально-трансмиссивные заболевания, низкое социально-экономическое положение, преждевременное излитие околоплодных вод. Экстрагенитальная патология у беременных встречалась в 100% случаев: превалировала инфекция нижних отделов полового тракта – 28 (31,5%), анемия (19%), хронический пиелонефрит (17,5%), хронические воспалительные заболевания ЛОР органов – 15 (17,5%). Первые роды предстояли 122 беременным (38,9%), из них первобеременных – 101; вторые роды – 119 (38,8%); третьи – 46 (15%); многорожавших – 19 (6,2%).

Начавшиеся преждевременные роды в большинстве случаев остановить не удалось. Токолитическая терапия позволила отсрочить факт родов и продлить беременность на 1–3 суток, однако не снизила их частоту. Прогноз для плода определялся сроком гестации и массой при рождении. Родилось 376 недоношенных детей, из них с экстремально низкой массой тела (500–999 г) 36 детей; 67 новорожденных с весом 1000–1499 г; 1500–1999 г – 83 ребенка; 2000–2499 г – 129 детей; свыше 2500 г – 33 ребенка. Многоплодных беременностей 39, из них 38 двоен, одна тройня.

У 49,6% (152/306) женщин проведено оперативное родоразрешение путем кесарева сечения, per vias naturalis – 50,4% (154/306). Показания к оперативным родам встречались одинаково часто, как со стороны матери, так и плода.

Перинатальная смертность составила 10,3%, мертворождаемость 7,9%, ранняя неонатальная смертность – 2,3%. Все случаи мертворождения признаны неуправляемыми.

Заключение. Акушерская тактика при преждевременных родах зависит от анамнестических, клинико-лабораторных показателей, состояния плода и срока гестации. Бережное ведение преждевременных родов, соблюдение клинических протоколов и стандартов, рациональный выбор срока/метода родоразрешения, оказание высококвалифицированной неонатологической помощи позволили минимизировать перинатальные потери.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗВУР

*Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
АГМИ*

Проблема задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) остается одной из актуальных проблем в современном акушерстве и перинатологии. Задержка роста плода представляет собой следствие воздействия многих неблагоприятных факторов в период беременности, чаще всего связаны с повреждением плаценты или самого плода. Последствия ЗВУР обуславливают в постнатальном периоде нарушение адаптации, могут привести к отклонению физического, соматического и нервно-психического развития в последующем онтогенезе.

Частота рождения детей с ЗВУР встречается в 5–17,6% случаев от всех беременностей. Среди мертворожденных плодов данная патология регистрируется почти в 41,9% случаев. Задержка роста плода представляет собой следствие воздействия многих неблагоприятных факторов в период беременности, чаще всего связаны с повреждением плаценты или самого плода.

Цель исследования: изучить факторы риска и исходы беременности у женщин с синдромом задержки роста плода.

Материал и методы исследования: под наблюдением находились 66 женщин, у которых во время беременности диагностирована задержка роста плода.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что первородящие составили 62,1% случаев, из них 22,7% женщин были повторобеременные. Из вредных привычек в 6% случаев отмечено табакокурение. Из перенесенных гинекологических заболеваний в анамнезе у пациенток с ЗВУР в 13,7% случаев выявлены воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции передаваемые половым путем (ИППП) в 19,7% случаев, кандидозный вульвовагинит в 19,7%, эктопия шейки матки имела место у 21,2%, в 3% случаев отмечено бесплодие и у 1,5% наблюдаемых женщин встретился синдром поликистозных яичников. Среди соматической патологии в 16,7% случаев выявлена хроническая герпетическая инфекция, вегето-сосудистая дистония отмечена у 12,2% женщин. В течении первой половины беременности угроза прерывания была выявлена у 63% пациенток с ЗВУР, инфекции передаваемые половым путем были диагностированы в 33% случаев, в 13% случаев встретился кандидозный вагинит. Во второй половине беременности в 22% случаев были угрожающие преждевременные роды, в 32% случаев во время беременности пациентки перенесли ОРВИ, в 19% случаев беременность осложнилась преэклампсией, в 7% случаев многоводие.

Диагностирована ЗВУР у 11,8% беременных с 20 до 31 недели гестации, из них в 7,6% случаев во время 2-го УЗИ скрининга, у 46,5% человек в сроке после 32 недель гестации, в 21,2% случаев во время 3-го УЗИ скрининга. У 31,8% беременных ЗВУР была диагностирована после рождения.

Симметричная форма ЗВУР была выявлена у 52,2% беременных, у остальных ассиметричная форма. ЗВУР 1-й степени имела место у 82,5% женщин, 2-й степени – у 12,5% и в 5% случаев 3-й степени. Все беременные получали этиотропную терапию.

Срочные роды произошли у 77,2% женщин, преждевременные роды составили 19,8% случаев, в 1 случае роды были запоздалые. Операцией кесарева сечения завершились роды у 18,1% женщин, в одном случае была выполнена вакуум-экстракция плода. В 3% случаев беременность была двойней. Все дети родились живыми, без асфиксии. В 42,4% случаев без признаков ЗВУР.

Заключение: по результатам нашего исследования половина беременных с синдромом ЗВУР была в возрасте от 26 до 35 лет. В 62,1% случаев ЗВУР встретилась у первородящих. Высока частота в анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний воспалительного генеза. Основными этиологическими факторами во время беременности

были угроза прерывания беременности (угроза выкидыша в 63% случаев, угрожающие преждевременные роды в 22% случаев), инфекционные заболевания (ИППП в 33% случаев и ОРВИ – в 32%) и преэклампсия в 19% случаев.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности позволили избежать неблагоприятных исходов и перинатальных потерь у беременных с синдромом задержки роста плода.

EPIDEMIOLOGIE VON ARTERIALEN HYPERTONISCHEN RISIKOPRODUKTEN

*Akhmadaliev U., Makhsumova D., Valieva M.
Andijan State Medizinisches Institut*

Arterielle Hypertonie ist eines der drängendsten Probleme unserer Zeit. Trotz der Verbesserung des Behandlungsstandards, der Entwicklung neuer wirksamer Medikamente und der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität ist die Ausbreitung dieser Krankheit in der Bevölkerung nach wie vor hoch. Viele Autoren haben die Bedeutung der Durchführung von nicht medikamentösen Therapiemethoden bei der Behandlung von arterieller Hypertonie zusammen mit medizinischen Verfahren positiv ausgedrückt. Die Rolle der Risikofaktoren bei der Entwicklung der Krankheit sind groß, und die Verringerung oder Beseitigung eines oder mehrerer Faktoren erhöht die Wirksamkeit der Behandlung.

Zweck der Studie: Untersuchung der Risikofaktoren für arterielle Hypertonie bei der nicht gewerkschaftlich organisierten Bevölkerung der Stadt Andijan.

Material und Methoden: Eine retrospektive Studie wurde unter der nicht registrierten Bevölkerung von Andijan durchgeführt. Es wurde 3222 Personen im Alter von 15 bis 70 Jahren und älter getestet. Von diesen waren 1313 Männer und 1909 Frauen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Risikofaktoren der arteriellen Hypertonie in unterschiedlichen Proportionen zwischen Männern und Frauen auftreten. Einer von ihnen war Hypodinamie - 11,7% bei Männern und 12,2% bei Frauen. Das mittlere Körpergewicht (TVI > 25) betrug 9% bei Männern und 16% bei Frauen. Hypercholesterinämie in der männlichen Bevölkerung betrug 8,5% und 9,9% für Frauen. Dislipoproteidämie unter der befragten männlichen Bevölkerung betrug 19,6% und unter der weiblichen Bevölkerung - 21,7%. Der Koagulationsfaktor als einer der Risikofaktoren wurde als 11,9% bei Männern und 13,3% bei Frauen definiert. Die Hypertriglyceridämie betrug 10,1% bei Männern und 11,8% für Frauen.

1 3,5% der Männer und 14,9% der Frauen haben eine übermäßige Salzaufnahme verzehrt.

Die arterielle Hypertonie ist durch die Heritopulation von 11,6% und 12,7% in der weiblichen Bevölkerung charakterisiert. 21,1% der Männer und 16,6% der Frauen wurden als psychotische Faktoren angesehen.

Während das Rauchen in der männlichen Bevölkerung 55,5% beträgt, beträgt der Alkoholkonsum 5,7%. Es gab keine signifikanten 2 Risikofaktoren in der weiblichen Bevölkerung.

Zusammenfassend kann man sagen, dass einer der häufigsten Risikofaktoren für arterielle Hypertonie in nicht-fertile Bevölkerung von Andijan Rauchen bei Männern - 55,5%, Dyslipoproteidämie bei Frauen - 27,7% sind.

FETAL RISK FROM CARDIOVASCULAR DISEASES IN 10 YEARS AMONG THE POPULATION OF FERGANA VALLEY

*Ataxanova N.S., Kityan S.A.
Andijan state medical institute*

Actuality of the theme. Disease of cardiovascular system is one of actual problems of healthcare of our Republic. Analysis of mortality reasons showed, that death-rate from cardiovascular disease staying as prevalent in structure of total mortality, it made 56% (79120 per.) in 2005, and 59,3% (79239 per.) in 2009 years (Karimov R.D.). Comparative analysis of mortality rate from cardiovascular disease among people able-bodied age (to 100 thousand able-bodied populations in age of 25-64 years, in a year) show, that Uzbekistan among countries of CIS takes 8th place (among women 121,3 and among men 220,7 to 100 thousand able-bodied populations). Although, mortality substantially lesser than Russian Federation (among women 241,9 and among men 762,8), Kazakhstan (252,2 and 672,3), Ukraine and Belorussian, but more than European countries, such as Germany, France, Sweden and others (37 and 107,4 etc.).

Important aspect of cardiovascular disease prophylaxis is detection of persons with disturbance of lipids' metabolism and without clinical symptoms of ischemic heart disease. Estimation of individual fatal risk, so possibility of death from ischemic heart disease, peripheral atherosclerosis and stroke on persons without clinical symptoms of enumerated diseases in 10 years takes on table of Systemic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Is shown that, decrease of a level such powerful risk factors such as, hypercholesterolemia and arterial hypertension - leads to significant (to 20-40%) reduction of total death from cardiovascular disease.

Tasks of the research. To estimation of fetal risk from cardiovascular disease in 10 years depending on the age and gender of patients by SCORE 2005.

Materials and methods of the research. The object of study is based on 298 patients, in the age of 25-69 years, which haven't clinical signs of atherosclerosis and hospitalized at the Clinic of Andijan State medical institute.

Performed one-timely patient examination, with method of random sample and filling specially prepared questionnaire. Questionnaire contains passport details of the patient, smoking, blood pressure and laboratory-biochemical data: total cholesterol, high density lipoproteins, low density lipoproteins, very low density lipoproteins, triglycerides, glucose and creatinin in blood according to testimony. Showed principal diagnosis and its complications, and associated diagnoses.

Results of the research. Fetal risk from cardiovascular disease estimated on the table SCORE 2005 year in 333 patients elder 40 years. Low risk was revealed in 1.9% (2 per.) men and 35.4% (81 per.) women ($p < 0,0001$), moderate risk in 56.7% (59 per.) and 50.2% (115 per.), high risk in 25.9% (27 per.) and 11.8% (27 per.), very high risk in 15.4% (16 per.) and 2.6% (6 per.) men and women accordingly.

Conclusion. In assessment of absolute fetal risk on table SCORE 2005 year, among the patients elder 40 year high risk 1,6 times and very high risk 4,5 times more revealed in men – 25.9% and 11.8% ($p<0,01$), against to 15.4% and 2.6% in women. Low risk was revealed in 1.9% men and 35.4% women ($p<0,0001$).

CHARACTERISTIC FEATURES OF DYSLIPIDEMIA AMONG THE POPULATION OF FERGANA VALLEY

*Ataxanova N.S., Maxsudov O.M.
Andijan state medical institute*

Actuality of the theme. Atherosclerosis with its basic clinical manifestations keeps leading in structure of illness and death. At the same time in last years achieved high advances in decreasing of cardiovascular death in many developed countries. In experts' judgment, this effects show introduction of atherosclerosis primary prophylaxis rules, healthy life-style, basic principles of conclusive medicine and so results of polycentric clinical researches.

Disturbance of lipids' metabolism is one of the important risk factors in developing and progressing of cardiovascular disease. Showed, that there is distinct correlation between cholesterol concentration and death level from ischemic heart disease. Important aspect of cardiovascular diseases prophylaxis is detection of persons with disturbance of lipids' metabolism and without clinical symptoms of ischemic heart disease. Estimation of individual fatal risk, so possibility of death from ischemic heart disease, peripheral atherosclerosis and stroke on persons without clinical symptoms of enumerated diseases in 10 years takes on table of Systemic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Is shown that, decrease of a level such powerful risk factors such as, hypercholesterolemia and arterial hypertonia - leads to significant (to 20-40%) reduction of total death from cardiovascular diseases.

Tasks of the research. To estimate characteristic features of dyslipidemia among the population of Fergana valley.

Materials and methods of the research. The object of study is based on 298 patients, in the age of 25-69 years, which haven't clinical signs of atherosclerosis and hospitalized at the Clinic of Andijan State medical institute.

Performed one-timely patient examination, with method of random sample and filling specially prepared questionnaire. Questionnaire contains passport details of the patient, smoking, blood pressure and laboratory-biochemical data: total cholesterol, high density lipoproteins, low density lipoproteins, very low density lipoproteins, triglycerides, glucose and creatinin in blood according to testimony. Showed principal diagnosis and its complications, and associated diagnoses.

Results of the research. On study of 298 patient's lipidic spectrum, revealed, wide spread of dyslipidemia: hypercholesterolemia, low index of high density lipoproteins and high index of very low density lipoproteins had every 4th man – hypercholesterolemia in 23.4% (26 per.), low index of high density lipoproteins 29.7% (33 per.) and high index of very low density lipoproteins in 28.8% (32 per), but hypertriglyceridemia and high index of low density lipoproteins was revealed more often – in 46.8% (52 per.) and 40.5% (45 per.) accordingly. Among women DLP was revealed in following order: low index of high density lipoproteins had 54.5% (102 per.), high index of low density lipoproteins 47.1% (78 per.), hypertriglyceridemia 41.7% (78 per.), hypercholesterolemia 24.1% (45 per.) and high index of very low density lipoproteins 12.3% (23 per.) women.

Conclusion. Key indicators of dyslipidemia in men were very low density lipoproteins ($p<0,001$) and triglycerides ($p<0,01$); among women low density lipoproteins and, especially, high density lipoproteins ($p<0,001$). In a moment total cholesterol was less informative, and revealed on lesser values than other lipid fractions.

CONDITIONS OF IMMUNE SYSTEMS IN CHRONIC NON-ALLERGIC PULMONARY DISEASES IN CHILDREN

*Amanov K., Amanova G.K., Maxpieva G.K.
Andijan state medical institute*

Relevance. Chronic pulmonary pathology includes both acquired diseases of the bronchopulmonary system, formed on the basis of initially intact lung tissue, and conditions that are a consequence of congenital and hereditary lung pathology. The problem of chronic non-allergic inflammatory lung diseases (XB3JI) in children remains one of the most difficult in modern pediatrics.

The defeat of one of the life support systems, namely, the respiratory system, is associated with persistent intoxication syndrome, hypoxia, changes in the immune system, which leads to early disability of patients, the need for constant therapeutic measures, and reduced life expectancy.

Purpose of the study. To establish clinical, epidemiological, etiological features and patterns of changes in the production of cytokines and factors of non-specific resistance in children with chronic inflammatory lung diseases.

Materials and research methods. In accordance with the goal and objectives of the study, the study was carried out in four stages. Group I (29 patients (49.1%) - patients with an infectious-inflammatory process formed on an intact lung.

Group II (30 patients (50.8%) are represented by patients in whom a chronic infectious and inflammatory process in the lungs is associated with a congenital or hereditary pathology of the bronchopulmonary system.

The results of the study. A decrease in the overall incidence of chronic non-allergic inflammatory lung diseases in children was revealed with a relative increase in hereditary bronchopulmonary pathology in Andijan region over 10 years of observation (139 patients in 2010 and 59 patients in 2020, respectively).

In patients with a hereditary and congenital pathology of the bronchopulmonary system, exacerbations of the bronchopulmonary process (2.71 ± 0.048 in Games and, respectively, 2.28 ± 0.047 in I year ($p = 0.01$), signs of chronic hypoxia (i.e. hours, lag in physical development (70.1% of cases in group II and, respectively, 34.3% of cases in group I), signs of metabolic disorders in the myocardium during instrumental examination (13.3% of cases in group II, and accordingly 3.4% of cases of gr. I) and intercurrent diseases, including sinusitis (33.3% of cases in gr. II and, respectively, in 17.2% of cases) teas I c.).

An exacerbation of the bronchopulmonary process in both groups of patients with chronic obstructive pulmonary disease has been associated with mixed infection (68.2% of cases), a combination of gram-positive (71.8% of cases) or gram-positive and gram-negative microorganisms (28.2% of cases), and multi-resistance of microbiota to antibiotic starting therapy. The prevalence of gram-negative microflora was found in patients with congenital and hereditary lung diseases (59%).

An exacerbation of the inflammatory process in patients with chronic obstructive pulmonary disease is characterized by severe discomplementemia with an increase in the concentration of muramidase in blood serum and BASK, and therefore, their determination can be considered as additional laboratory markers of inflammation activity. The degree of change in the indicators of innate immunity factors (SZ complement component, BASK, lysozyme) is significantly higher ($p < 0.01$; $p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively) in patients with chronic lung diseases associated with hereditary and congenital pathology, which is a reflection partially controlled inflammatory process in the bronchial tree in this category of patients.

An increase in the level of pro-inflammatory cytokines (IL-1P, IL-6, IL-8) in the peripheral blood serum was revealed, which persists in the period of clinical remission in patients with chronic obstructive heart disease due to congenital and hereditary pathology, which indicates the presence of ongoing chronic inflammation, including including with an autoimmune component, in favor of which a high level of anti-inflammatory cytokines (IL-4, IFN- γ) testifies.

Conclusion. Determining the prevalence of chronic obstructive heart disease in the region allows improving organizational and methodological measures to provide medical and social assistance to this group of patients.

Peculiarities of microbial contamination of the respiratory tract in patients with chronic obstructive pulmonary disease and sensitivity to antibacterial drugs have been determined, which allows optimization of empirical antibiotic therapy regimens for exacerbation of the disease.

The standard indicators, IL-1r, IL-4, IL-6, IL-8, IFN- γ , the level of serum lysozyme, serum bactericidal activity, serum complement component S3 in healthy children of Andijan region, which can be used in regional practice, are determined health care.

The levels of indicators of IL-1R, IL-4, IL-6, IL-8 in serum, lysozyme in serum, BASK and IFN-in blood serum in patients with chronic obstructive pulmonary disease, which can be proposed as additional diagnostic laboratory criteria of activity and phases of chronic bronchopulmonary process.

Identified features of immunological parameters in patients with chronic obstructive heart disease

THE CLINIC - NEUROLOGICAL CHARACTERISTICS OF STROKE IN ADULTS

*Baxramova N.A., Karimova M.Yu., Mirkhoshimov M.B., Kholova N.R.
Tashkent Pediatric Medical Institute*

Relevance. The problem of stroke is relevant worldwide. This is due to its widespread, high proportion in the structure of morbidity and mortality of the population, a significant indicator of labor losses and primary disability.

Objective: to conduct a retrospective analysis of case histories of stroke patients.

Material and methods of research. Clinical studies on stroke were conducted for the period from January 2017 to November 2018 in the neurology department of the adult clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute. A retrospective study of 1117 case histories (for 2017 — 605 patient histories; for 2018 — 512 patient histories) patients was conducted.

Results and discussion. In 2017, 605 case histories were studied, of which 69 (11.4%) patients who had a stroke. Of these, 60 (87%) patients who had ischemic stroke (IS), 9 (3%) were hemorrhagic stroke (HS), and 45 (75%) of them were men, 15 (15%) were women. Patients who underwent HS turned out to be - 9. Of these, 8 (88%) men, 1 (12%) women. The distribution by age according to the new WHO classification of August 21, 2015, showed that with HS at the age of 25-44 years - 3 patients (5%); 44-60 years old - 25 patients (42%); 60-75 years - 22 patients (37%); 75-90 years old - 10 patients (16%). With IS 2 patients (22%); 5 patients (56%); 2 patient (22%) - respectively. With IS, there were 24 (40%) patients on the right in the middle cerebral artery (MCA) pool, 30 (50%) patients on the left, 6 (10%) in the VBP. When HS in the MCA pool, 6 (67%) patients were on the right, 3 (33%) were on the left, and no VBP.

Conclusions: 1. As a result of a retrospective analysis of case histories of stroke patients, it turned out that from January 2017 to November 2018, 1117 patients with stroke were identified.

2. During the observation, it was revealed that IS was more often met, which coincides with the literature data.

3. Summarizing the findings, we came to the conclusion that it is necessary to carry out the primary prevention of stroke.

STUDY OF EPIDEMIOLOGY EPILEPSY OF THE FERGANA VALLEY

*Dalimova K.M., Usupova M.Z., Yulchiyev E.U.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Epilepsy is one of the most common diseases of the nervous system. The problem of epilepsy is one of the most relevant in modern neurology. According to the European Commission on Epilepsy, about 50 million people in the world suffer from epilepsy. According to the WHO, the lack of adequate information on the epidemiological characteristics of epilepsy in many countries causes significant shortcomings in the organization of medical care. According to most authors, in 60-80% of patients it is possible to achieve drug remission.

Most of the developed antiepileptic drugs (PEP) are approved for use in the world, that is, there are opportunities to achieve an adequate level of remission in patients with epilepsy.

Purpose of the study. The study of the epidemiological indicators of epilepsy among adults in the Ferghana Valley, the clinical and social characteristics of patients with epilepsy, the possibilities of modern approaches to drug therapy and the quality of life of patients.

Research Methods. We conducted a continuing retrospective and prospective study of the epidemiology of symptomatic epilepsy (SE) in the clinic of the AGMI. Criteria for inclusion in the study: 1) male and female children of any nationality under the age of 18 years; 2) registration in the territory of Andijan region; 3) verified diagnosis of SE. Exclusion criteria: 1) 18 years and older; 2) lack of registration in the territory of Andijan region; 3) idiopathic and cryptogenic forms of epilepsy, isolated convulsive attack, situationally-caused attacks, febrile and neonatal convulsions.

The results of the study. The prevalence of epilepsy syndromes, the prevailing types of epileptic seizures, focal epilepsy with putative etiological factors are obtained. The prevalence of post-traumatic epilepsy is higher among the male population. There is a relationship between the frequency of seizures and gender, age, the prevailing types of seizures, etiological factors, educational level, and social status of the patient. Comorbid diseases are found in 45% of patients.

A decrease in various factors of injuries, the prevalence of chronic vascular diseases of the brain, the frequency of stroke in the population can lead to a significant decrease in the prevalence and incidence of epilepsy.

The therapy of epilepsy in accordance with modern ILAE recommendations can significantly increase the degree of control over seizures, ensuring a high quality of life. The absence of seizures after the first year of adequate therapy is an important prognostic factor for sustainable remission.

Conclusion. Epidemiological studies provide an idea of the incidence and prevalence of epilepsy, risk factors, evaluate the effectiveness of the existing accounting system, the types of therapy and rehabilitation measures used, and determine the necessary amount of neurological care. This is especially important since epilepsy is not only one of the most frequent and severe, but at the same time potentially treatable and socially significant diseases of the nervous system.

significant part of the epidemiological studies conducted before the mid-90s of the last century was based on various syndromic-nosological definitions of epilepsy, which made it difficult to compare the results.

AGE AND ETIOLOGICAL FEATURES OF EPILEPSY

*Dalimova K.M., Usupova M.Z., Yulchiev E.U.
Andijan state medical institute*

Relevance: The term "epilepsy" (epilepsia, epilepsia) is first found in the writings of Hippocrates as a designation of a special brain disease manifested by seizures. Epilepsy is an independent nosological unit that differs significantly in etiology and pathogenesis from acute cerebral pathology and focal (many focal) brain diseases occurring with epilepsies.

Epilepsy and various epileptic syndromes are one of the most common diseases in the clinical practice of neurologists, psychiatrists and family doctors. Epilepsy occurs 10 times more often than multiple sclerosis, and several dozen times more often than neuromuscular diseases. In addition, epilepsy often leads to serious medical consequences, requires significant costs for diagnosis and treatment, imposes a number of restrictions in the social sphere, and often causes stigmatization of patients.

Epileptic seizures are observed at any age, from early infant to senile, in both women and men. About 5% of people in the world have at least one seizure during their lifetime and about 10% are involved in epilepsy problems.

According to various sources, the prevalence of epilepsy is 0.5-1.0% in the population. Epileptic seizures (unprovoked and provoked) are observed in adults - 1-2% of the population, 6-7% of children in developed countries and 7-14% of children in economically undeveloped countries. Epilepsies most often manifest in children under the age of 1 year (from 100 to 233 cases per 100 thousand people) with a maximum peak in the first week of life, then the incidence in early childhood falls to 60/100 thousand, in adolescents and adults - 30-40 / 100 thousand, sharply increasing in elderly people over 65 to 100-170 per 100 thousand of the population.

Purpose of the study: In connection with the foregoing, the aim of the work was to study the age-related features of the course of epilepsy in children and adolescents; development of new approaches to the tactics of pathogenetic therapy.

Materials and research methods: For 5 years, we observed in the dynamics of 156 patients with epilepsy. The first group consisted of 50 patients with generalized epilepsy who had a history of two or more seizures. The second group consisted of 106 patients with partial epilepsy. The control group consisted of 30 patients not suffering from epilepsy, comparable by sex and age.

The results of the study: A comprehensive clinical, neurophysiological and neuropsychological study conducted by 156 patients with epilepsy in childhood and adolescence in dynamics showed a phenomenal polymorphism of seizures, a complication of seizure manifestations with the age of patients during the evolution of the epileptic system, as opposed to elderly epilepsy (when mainly locally-caused forms with focal seizures) and adults in whom symptomatic epilepsy prevails. In epilepsy with a debut in childhood, all types of seizures occur: simple and complex partial, absences, myoclonic, tonic, atonic, clonic and tonic-clonic attacks. In epilepsy with a debut in adolescence, there are partial, myoclonic, generalized tonic-clonic seizures, and, less commonly, absences. For "teenage" epilepsy, in contrast to "childhood", atonic and tonic seizures are not characteristic.

A neuropsychological examination of adolescents with epilepsy using the psychophysiological program "NEMO" showed a decrease in the state of cognitive functions in terms of a simple motor reaction, reaction to a moving object, attention span, and short-term visual memory.

In adolescents suffering from epilepsy, there was a decrease in the level of coherence for most temporal interhemispheric lead pairs, regardless of the type of bioelectric activity and age. Genetically determined EEG patterns (for example, focal benign acute waves with idiopathic partial epilepsy) have a clear age-specific expressivity. Moreover, for each of the described genetic EEG patterns, there is an age "window", i.e. age group in which this sign of EEG is observed with maximum frequency.

From the point of view of a long-term prognosis, it seems reasonable to single out five functional categories of children and adolescents with epilepsy.

Conclusion: The most significant risk factors for epilepsy in children and adolescents were inherited epilepsy and febrile seizures. Among perinatal disorders, statistically significant risk factors stand out - the threat of abortion and asphyxia of the newborn.

Timely pathogenetically substantiated adequate antiepileptic therapy and competent psychocorrectional work in the vast majority of cases can destroy the development of the epileptic system, achieve control over seizures and neutralize cognitive defects in suppress.

TIMER MEDICAL DRUGBOX IN THE PRACTICE OF DOCTORS

*Dilshodov A.D., Eshonkhudjayev O.O., Bektashev I.B., Abdunazarov T.
Andijan state medical Institute*

Relevance: The effectiveness of pharmacotherapy and its safety based on scientific data recommended drug addiction - has already been proven by science. But the second side of this question, since doctors recommend medications as taken by patients is no less important than you think. Do not regularly take drugs-allows sudden changes in the pharmacokinetic parameters of medicinal mediums and this is the case of the pharmacodynamics of drugs, that is, the change in strength and leads to a direct influence on the quality of the main factor formoterapii. As a result, pharmacotherapy is not only ineffective and even in some cases, can lead to the patient's life.

Purpose of research: With the help of a Ticker with a timer patients can take patients can take accurately and timely medications that doctors recommend and this increases the safety and effectiveness of pharmacotherapy.

Materials and methods: Authors of this current path. To find a positive solution to the issue through several hospitals studied by retrospect with their specialty, if anyone has a permanent patient receiving drugs several times a day how many and which drugs to take in a timely manner gives effect to patients or do not take drugs in a timely manner lead to any negative consequences, dalie we addressed questions to the enemy about the regulation of timely administration of drugs to patients; it was concluded.

Results and discussion: In the process of studying the question, the patient should receive 100% instructions from the doctors in charge of taking the drugs and get answers that the doctors do not specify the exact time of taking the drugs to the patient. In particular, they do not guarantee that the patient regularly takes medications.

According to statistics around the world of the medical industry: Seodinnny States of who experts in the field of medical pharmacology (Bertram, Lorensa, G. Dukkes) . management is carried out by 1 year of medical doctors recommended to in medicines for patients and acceptance of 900 thousand cases of various errors as a result of this error, and 200 thousand deaths were recorded. 46.3 million us dollars, the amount of money spent in vain to prevent complications (medication) pharmacotherapy.

To solve this problem at the state level, various measures are used: hang the medical culture in hospitals, hang the control of medical personnel for patients taking medicines, and others. But while these measures are not dal udovletvoriteli effect.

Summary: If you use a medical box with timers, then patients will correctly and promptly take medications. This will increase the safety and effectiveness of pharmacotherapy including allowing economic savings.

HYPERTENSIVE KIDNEY DISEASE AFFECTS LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC FILLING IN PATIENTS WITH OBESITY

*Honchar O.V., Ashcheulova T.V., Ambrosova T.M., Kompaniets. K.M., Smyrnova V.I., Matyash N.M.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Background. A significant chronic decline in glomerular filtration rate (GFR) with estimated values below 60 ml/min/1,73m² in a patient without signs of nephritis, renal artery stenosis and other obvious causes for development of renal dysfunction is defined as hypertensive kidney disease (HKD) and is regarded as a marker of increased cardiovascular risk, classifying the patient as having stage II hypertension according to current guidelines by the Ukrainian Association of Cardiology. Left ventricular diastolic dysfunction (LV DD) is the most common functional cardiac abnormality that contributes to the majority of cases of chronic heart failure in hypertensive patients without concomitant coronary artery disease. Obesity, as an independent cardiovascular risk factor, accelerates the development of structural and functional remodeling of the heart in hypertension.

Purpose. To investigate the interrelations between an impairment of renal function and parameters of the LV diastolic filling in hypertensive patients with obesity.

Materials and methods. 80 patients with hypertension without history of nephritis and signs of renovascular pathology have been examined, aged 60 (54; 56) years, including 26 patients with normal body mass or overweight, 29 patients with gr. 1 obesity and 25 patients with obesity of higher grades. All patients were examined according to the standard protocol. The echocardiographic study was performed in all participants, with an additional thorough evaluation of the left ventricular diastolic filling. GFR calculation was performed using MDRD equation for Caucasian people. Statistical analysis was performed using Statistica for Windows 6.1 software package (Statsoft Inc., USA). To compare independent groups, Mann-Whitney test was used. Quantitative features are described as median (Me), upper (UQ) and lower (LQ) quartiles.

Results and discussion. Among the observed patients, 23 had eGFR higher than 90 ml/min/1,73 m², 45 – in the range of 60-90 ml/min/1,73 m², and 12 – 30 to 60 ml/min/1,73 m², thus being classified as having stage 3 HKD. The patients with the eGFR < 60 ml/min/1,73 m² had the mean E' values of 7,9 (7,0; 10,3) cm/sec vs 9,0 (7,5; 11,2) cm/sec in patients with eGFR > 60 ml/min/1,73 m², p = 0,046 and 10,0 (8,6; 13,1) cm/sec in those with eGFR > 90 ml/min/1,73 m², p = 0,020. The E/A ratio was, accordingly, 0,72 (0,66; 0,93) vs 0,97 (0,77; 1,07), p = 0,020 and 0,97 (0,81; 1,31), p = 0,050. The number of patients with LV DD diagnosed according to the 2016 Guidelines by the EACVI/ASE was 7 (58,3%) in the 1st group vs 24 (35,3%) in patients with eGFR > 60 ml/min/1,73 m², p = 0,067 and 5 (21,7%) in those with eGFR > 90 ml/min/1,73 m², p = 0,015 (the vast majority – n=27 – of patients had type I DD, with no significant difference in the distribution of the remaining 4 patients with type II DD). The described interrelations were preserved in the subgroup of observed patients with normal to overweight but not in subgroups of gr. 1 and gr. 2-3 obesity, where the values of body mass index and waist circumference were stronger predictors of impaired diastolic filling of the LV. No significant differences in the values of E' and E/E have been found between the 1st and the 2nd groups, but

there was an increase in the mean E/E' values and in prevalence of DD in patients with eGFR of 60-90 ml/min/1,73 m² – 7,8 (6,2; 8,7) vs 6,2 (5,6; 8,1), p = 0,045, and 19 (42,2%) vs 5 (21,7%), p = 0,047, accordingly.

Conclusion. Even mild reduction of eGFR in hypertensive patients (< 90 ml/min/1,73m²) that is rarely diagnosed as hypertensive kidney disease is associated with the presence of LV DD, with obesity being an independent associated factor masking the impact of decreased eGFR.

MICROALBUMINURIA AS A SPECIAL PROGNOSTIC MARKER FOR THE HEART FAILURE

Isakova D.Z.

Andijan State Medical Institute

Relevance: Numerous works in recent decades are devoted to the study of the clinical, including prognostic, importance of microalbuminuria (MAU), methods for its detection and quantification, as well as therapeutic measures aimed at combating this pathological condition. The interest in the problem is explained by the fact that UIA is regarded as one of the earliest unfavorable prognostic signs and risk factors for the development of target organ damage in such widespread diseases as arterial hypertension (AH) and diabetes mellitus (DM). At the same time, according to the Copenhagen City Heart Study-3, and a lower excretion of albumin in the urine may also indicate an increased risk of cardiovascular disease (CVD) and cardiovascular death.

Materials and methods of research: UIA is understood as the level of excretion of albumin in urine from 30 to 300 mg / day (or from 20 to 200 µg / min). In European countries, the ratio of albumin to creatinine in urine is often used to determine protein loss in urine-microalbuminuria is often indicated by the numbers 2.5-30 mg / mmol in men and 3.5-30 mg / mmol in women [6]. The determination of albumin excretion in the urine is carried out in the morning or daily portions of urine. The level of albuminuria has a high variability - up to 30%, which is affected by: physical activity, fever, as well as concomitant pathology: uncontrolled hypertension and hyperglycemia, heart failure. Levels of albuminuria, regarded as microalbuminuria, are used to diagnose the condition of all categories of patients and healthy individuals.

Research findings: The study involved 30 patients (22 men and 8 women) undergoing heart failure in cardiology for heart failure (III-IV class in the New York Heart Association (NYHA)) (Table 1). The average age of the patients was 66.5 years. Diabetes mellitus was noted in 14 patients (46.7%), arterial hypertension in 23 patients (76.7%). 5 patients (16.7%) had no diabetes mellitus, no arterial hypertension.

The number of patients with microalbuminuria was 17 (57%). In 9 patients, the albumin level in urine did not exceed 20 µg / min - the norm (30%). Four patients had macroalbuminuria, a level above 200 µg / min (13%) (Figure 1-2). Repeated hospitalization was observed in 8 patients with microalbuminuria and in 1 patient with macroalbuminuria. Lethal outcome was recorded in 1 patient with microalbuminuria and in 2 patients with macroalbuminuria.

Conclusions: Thus, the conducted studies once again confirmed that patients with initial UIA had a higher risk of total mortality, repeated hospitalizations associated with heart failure than patients without UIA. Based on these data, it can be concluded that UIA is an early preclinical sign of endothelial vascular dysfunction and a reliable marker of high cardiovascular risk.

IMPORTANCE OF ALDOSTERONE ANTAGONISTS IN PREVENTION OF HEART RHYTHM DISTURBANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN THE ELDERLY.

Islomov I.I. Gadaev A.G.

Urgench branch of the Tashkent medical academy Tashkent medical academy

Urgency of the problem. The article presents data on the positive effect of aldosterone antagonists on the heart rhythm disturbance in patients with chronic heart failure, which served as the theoretical basis for the wider use in clinical practice of drugs - antagonists of mineralocorticoid receptors

Purpose. To estimate influences of the aldosterone antagonists on disturbances of a heart rhythm in elderly patients with chronic heart failure.

Material and methods of a research. Within prospective observation 42 patients who were on hospital treatment in departments of cardiology and therapy of clinic of the Urgench branch of the Tashkent medical academy at the age of 53 - 74 years were examined. The research included patients with chronic heart failure II, III and the IV functional class on classification of New York Heart Association. Patients with an acute heart failure, an acute myocardial infarction, unstable stenocardia, an idiopathic cardiomyopathy, pericarditis, rheumatic heart diseases, myocarditis were excluded from a research. All patient conducted the standard methods researches (clinical and biochemical blood tests, the general analysis of urine, the Electrocardiography, Echocardiography, 6-minute walking test, the scale assessment of a clinical state. For diagnosis of arrhythmia the physical research of patients, short-term record Electrocardiography in 12 assignments and daily Holter monitoring was conducted.

Results. Chronic heart failure II functional class, according to the scale of assessment of a clinical state and 6-minute walking test, is revealed – at 15 (35.71%), the III functional class – at 18 (42.85%), the IV functional class – at 9 (21.42%) patients. all had an ischemic heart disease which is mainly provided by a stable angina of exertion with average functional class 2.86 ± 0.75. Arterial hypertension is revealed at 31 (73%) patients. The average systolic arterial blood pressure made 136.6 ± 18.0 mm Hg. and diastolic arterial blood pressure of 74.8 ± 18.31 mm Hg. The ejection fraction initial level was 46.62 ± 12.4%. The average rate of pulse was 81.2 ± 24.6 beats per minute. According to a physical research and short-term record Electrocardiography of disturbance of a heart rhythm are revealed at 31 (73.81%) patients before complex treatment with inclusion of aldosterone antagonists respectively: a constant form of the atrial fibrillation – at 18 (42.85%) and 18 (42.85%) patients (r < 0.05), single supraventricular extrasystoles – at 7 (16.67%) and 3 (7.14%) patients (p > 0.05), single ventricular extrasystoles – at 22 (52.38%) and 13 (30.95%) patients (r < 0.05), a combination of supraventricular extrasystoles and ventricular extrasystoles – at 12 (28.57%) and 9 (21.43%) patients (p > 0.05), frequent ventricular extrasystoles at 8 (19.04%) and 8 (19.04%) patients (p > 0.05).

Conclusion. The evidence obtained results and available confirms efficiency, safety and good tolerance of antagonists of Aldosterone in patients with chronic heart failure with various disturbances of heart rhythm. Thus, antagonists of mineralocorticoid receptors are capable to reduce emergence of disturbances of a warm rhythm against the background of complex treatment of patients with chronic heart failure.

RELATIONSHIP OF VENTILATION AND HEMODYNAMICS PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN COMBINATION WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Kasimova N.J
Andijan State Medical Institute

Relevance: Chronic heart failure (CHF) is one of the most common, rapidly progressing, prognostically unfavorable diseases of the cardiovascular system, which significantly affects the quality of life of patients and occupies almost the first place in the structure of mortality, which is confirmed by data from American and European epidemiological studies.

Purpose of the study: To identify features of external respiration disorders, changes in echocardiography in patients with heart failure combined with COPD, in conjunction with clinical features, exercise tolerance and quality of life.

Materials and methods of research: The study included 120 patients with CHF and COPD in the acute stage, who were divided into 3 groups: group 1 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (40 people); Group 2 - patients with combined pathology of COPD and chronic heart failure (CHF) (40 people); 3rd group - patients with heart failure (40 people)

Research findings: Clinical characteristics and quality of life of patients with COPD in combination with CHF

In accordance with GOLD standards, the impact of COPD on health was assessed based on the results of filling out the CAT questionnaire.

Analysis of variance showed that the total CAT score for combined pathology (COPD + CHF) was significantly higher than in the group only COPD (respectively 20.9 ± 8.5 ($n = 40$) and 15.6 ± 6.9 ($n = 39$), ($F = 9.7$ ($p = 0.0025$)). This indicates a more pronounced negative impact on the daily activity of patients with COPD in combination with CHF.

Patients in the COPD + CHF group were less likely to experience health problems caused by obstructive syndrome. The histogram in these patients is biased towards higher CAT scores compared with the COPD group. A high degree of negative impact of COPD (total CAT score of more than 20) on the health status of patients with heart failure was detected almost 2 times more often - in 40.0% (16) of patients than in the COPD group - in 20.5% (8)

A more detailed study of the results of the answers to the CAT questionnaire showed that patients with combined pathology of COPD and CHF significantly more likely noted a strong feeling of compression in the chest, severe shortness of breath when climbing up one flight of stairs, less likely to feel confident when leaving home, more often noted problems with sleep.

An analysis of the frequency of occurrence of the most typical clinical symptoms for COPD and CHF patients showed that the overwhelming majority of patients in all groups complained of general weakness (92.5% -97.5%). According to the study, palpitations were detected significantly more often (almost 1.5 times) in the group of patients with COPD (89.5% with COPD versus 60% with heart failure). Cough - first of all, the prerogative of patients with COPD (95.0%) and much less often -7.5%, was found in heart failure. Brain symptoms were significantly more likely to occur in the CHF group than in the case of concomitant pathology (75.0% versus 53.8%). At the same time, patients with COPD + CHF are almost 3 times more likely than those with CHF to have acrocyanosis.

Along with a routine clinical assessment, a study of dyspnea was conducted on the basis of a modified questionnaire for cMNS (British Medical Research Council) and on the basis of a 6-minute walk test.

Conclusions: The data obtained, from the point of view of the laws of mechanics of respiration, suggest that COPD, including in patients with CHF, it aggravates the mechanical inhomogeneity of the lung tissue, changes in the time constant associated with the extensibility and aerodynamic resistance of the structural units of the lung tissue, which leads to the accumulation of air in the alveolar space.

DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF MICRO-CIRCULATORY DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE AND ISCHEMIC HEART DISEASE IN COMBINATION WITH GOUT

Kasimova N.J
Andijan State Medical Institute

Relevance: Gout is one of the most common forms of inflammatory joint diseases that occurs in 1-2% of men in Western countries and is associated with a low level of quality of life, a high risk of disability, and significant health care costs.

The possibilities of using the methods of efferent therapy in patients with impaired purine metabolism have been extensively studied in several domestic dissertation studies. Their results confirmed the high elimination ability of various modifications of EGC against MK, however, other, no less important, pleiotropic properties of this type of therapy in patients with gout have not been previously evaluated.

Purpose of the study: To identify the features of microcirculatory disorders in patients with hypertension and coronary heart disease in combination with gout, as well as to assess the possibility of their correction using methods of efferent therapy.

Materials and methods of research: At the first stage, 60 men with GB and IHD combined with primary gout were examined (the duration of the disease at the time of treatment was 9.3 ± 0.4 years) - group I. The average age of patients in this group was 65.3 ± 0.6 years (from 41 to 79 years). Comparison group (II) consisted of 70 patients with GB and coronary heart disease without concomitant gout, comparable by sex (also all men), age (63.6 ± 0.6 years) and duration of the course of cardiovascular pathology: GB - 6.8 ± 0.4 and 7.0 ± 0.4 years ($p > 0.05$), coronary heart disease - 4.4 ± 0.3 and 4.6 ± 0.3 years ($p > 0.05$). In other words, groups I and II were formed in such a maximally comparable way that the only distinguishing feature was the presence of concomitant gout.

Research findings: In the group of patients with concomitant gout, obese people were significantly more common (56.7% and 28.6%, respectively), which was confirmed by higher body mass index of patients of group I - 30.3 ± 0.5 versus 26.1 ± 0.3 kg / m ($p < 0.05$). According to anamnestic data, "50% indicated hereditary burden in GB, and 53.3% in group I patients indicated for CHD, which significantly distinguished them from the comparison group patients in this indicator (77.1% for both pathologies in group II). Significant differences according to smoking status (43.3 and 52.9%), the number of cardiovascular events (acute myocardial infarction (6.7 and 8.6%), cerebrovascular accident (3.3 and 2.9%)), the incidence of sugar type 2 diabetes (23.3 and 22.9%) and atherosclerotic lesions of the vessels of the lower extremities (15 and 7.1%) in the study group x was not detected.

The fact that in 42 (70%) of the examined patients of group I was revealed HAs and only 8 (13.3%) had target levels of serum urate reflected a significant difference in the average concentration of MK in the compared groups -472.6 ± 13.1 against 309.7 ± 5.1 $\mu\text{mol} / \text{L}$ ($p < 0.001$).

In patients with concomitant gout, the average indicators characterizing lipid metabolism were significantly higher than in patients in the comparison group: cholesterol - 6.2 ± 0.2 and 5.6 ± 0.2 mmol / l; TG - 2.4 ± 0.2 and 1.9 ± 0.1 mmol / L, LDL cholesterol - 4.17 ± 0.4 and 3.63 ± 0.3 mmol / L, b-lipoproteins - 686.3 ± 28.3 and 534.3 ± 7.8 U, respectively ($p < 0.05$). Naturally, the concentration of anti-atherogenic HDL cholesterol in group I was significantly lower in comparison with the same parameter of group II (0.94 ± 0.03 versus 1.1 ± 0.04 mmol / l, $p < 0.05$). No significant differences were found in the level of VLDL cholesterol.

Conclusions: An analysis of the periodical scientific literature clearly indicates a growing interest among clinicians in the possibilities of efferent therapy methods. Despite this, EHC methods are significantly inferior to pharmaceuticals in terms of a set of arguments confirming the safety and effectiveness of treatment. Most likely, it is for this reason that this type of therapy is not reflected in modern clinical guidelines, which practitioners are increasingly targeting. For the formation of evidence, there is a clear need for well-planned clinical trials, the results of which will reveal the hidden potential of EHC methods, thereby expanding the indications for their use.

ATHEROSCLEROTIC VASCULAR DISEASE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND RHEUMATOID ARTHRITIS

*Kholikova D.S.
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the topic. A continuing decrease in the life expectancy of patients with rheumatic diseases (RH) remains an urgent problem of modern rheumatology, despite the continuous improvement of the methods of diagnosis and treatment of these patients. Cardiovascular accidents (myocardial infarction (MI), stroke, sudden cardiac death) due to early development and rapid progression are one of the main causes of mortality in autoimmune pathology, primarily systemic lupus erythematosus (SLE) and rheumatoid arthritis (RA). atherosclerotic vascular lesions.

Cardiovascular complications (MTR) in SLE and RA are associated with the immuno-inflammatory mechanisms underlying the pathogenesis of these diseases. It is believed that inflammation, contributing to the deposition of lipids in the vascular wall, plays a significant role in the "destabilization" of atherosclerotic plaque (ATB) and subsequent athero-thrombotic complications. The relative risk (RR) of developing MTR in patients with RA ranges from 1.4 to 3.69 compared with the general population. An increase in the risk of death was noticed already in the debut of the RA and is associated with seropositivity by the rheumatoid factor (RF).

Objective: To identify risk factors and immunological markers of atherosclerotic vascular lesions and related complications in patients with SLE and RA.

Materials and research methods: To solve the tasks we examined 55 patients diagnosed with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in Andijan.

Results of the study: For the first time in a large group of patients with SLE and RA, a high frequency of atherosclerotic lesions of the carotid arteries (42.9% and 58.7%) and clinical (18.5% and 23.5%) AS manifestations was shown, as a whole for the groups, and depending on the gender of patients.

In patients with SLE and RA, a complex of RF was determined (traditional and caused by the disease), significant for the development of atherosclerotic vascular lesions. The relationship between RF and MTR caused by AS is shown.

In patients with an autoimmune pathology, RF dimorphism of the development of AS and its complications, due to gender, was determined.

The established association of the levels of rf-CRP, pC040b, rFNO-a and neopterin with atherosclerotic vascular changes in patients with SLE and RA confirms their role as "predictors" of CCO.

Differences in the prevalence of MTR (coronary heart disease and myocardial infarction), atherosclerotic vascular lesions and TFR in patients with RA of different sexes were established. MTR was observed 4 times, and atherosclerotic lesions of the carotid arteries were 2 times more common in men than in women: 16% vs 4% and 52.2% vs 24.8%, respectively, $p < 0.001$. Similar results were obtained when comparing the incidence of TFR CVD: hyperlipidemia, smoking and burdened heredity in CVD prevailed in men.

Two or more FRs had 75.4% of patients with RA. Depending on the number of FR, patients with RA were divided into 2 groups: I - patients with 1 FR ($n = 138$), II - patients with 2 FR and more ($n = 425$). Patients of group II had a greater value of the median KIM (average and maximum) - 0.75 mm vs 0.66 mm and 0.9 mm vs 0.8 mm, respectively, $p < 0.05$. An increase in the frequency of ATB and a thickening of CMM + ATB in patients with RA with 2 RFs and more was found, the RR of ATB development was 4.56 (95% CI 1.7-12.2, $p < 0.001$); thickening of KIM + ATB - 2.42 (95% CI 1.57-3.43, $p < 0.001$).

There were no differences in MTR (MI, CHD and stroke) depending on the number of TGF. In the study of correlations, an association was observed between the values of CKP, SCORE, and atherosclerotic vascular lesions with an average CMM thickness ($r = 0.56$ and $r = 0.6$, respectively, $p < 0.001$, where r and hereafter are the correlation coefficient) and the maximum CMM thickness ($r = 0.44$ and $r = 0.52$, respectively, $p = 0.001$). The RR of ATB development was significantly higher in RA patients with "high" cardiovascular risk and was 4.45 (95% CI 2.94-6.73) on the Framingham scale, 3.73 (95% CI 2 on the SCORE scale), 43-5.73, respectively, $p < 0.001$.

Conclusion: The frequency of clinical manifestations of atherosclerosis in patients with SLE is higher than in the control - 18.5% (RR = 9.16), in patients with RA - 23.5% (RR = 4.19); IHD was detected in 13.2% (RR = 6.54) and 20.4% (RR = 3.64), respectively. Atherosclerotic lesions of the carotid arteries were found in 42.9% of patients with SLE and in 58.7% of patients with RA, OR of development of atherosclerotic plaques in the carotid arteries - 5.2 and 2.7, respectively ($p < 0.001$).

DYNAMICS OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF VESSELS IN WOMEN WITH SOME RISK FACTORS

*Kholikova D.S.
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the topic. Cardiovascular mortality occupies a leading place in the structure of general mortality in women in different countries. Thus, among the risk factors for CVD in women, factors such as obesity, impaired lipid metabolism, age and the onset of menopause come to the fore. Currently, endothelial dysfunction (DE) is given great importance in the pathogenesis of many CVDs as an imbalance between the production of vasodilating, on the one hand, and vasoconstrictive factors, on the other.

Objective. To assess the dynamics of structural and functional changes in blood vessels in women with such risk factors for cardiovascular diseases as obesity and lipid metabolism impairment in the age aspect.

Materials and methods of the study. The study included 44 women aged 20 to 71 years who did not have a history of CVD and carbohydrate metabolism disorders, thyroid pathology, non-smokers who did not take hormone replacement therapy.

Results of the study. In obese women, age-related changes in blood vessels in the form of a thickening of KIM OCA, an increase in the teaching staff of KIM OCA and intraluminal diameters of the vessels, decrease in blood flow velocity and deterioration of OCA extensibility are more pronounced and develop a decade earlier than in women with normal body weight. In patients with obesity older than 45 years, these changes are regarded as a manifestation of the non-stenotic stage of atherosclerosis. In obesity in women aged 20-44 years, the values of PAHE of the PA correspond to changes that occur in women over 55 years of age with normal body weight. Moreover, in women with obesity over 45 years of age, its values become lower than 10%. When performing volumetric compression oscillometry in obese women, an increase in the diameter of PA is noted. With age, women experience a deterioration in the elastic properties of blood vessels, an increase in vascular stiffness, and an increase in peripheral vascular resistance. Identified reliable correlations of TCIM OCA, PPS KIM OCA, diameters of OCA and PA, as well as EDVD with signs of obesity and age, allow these indicators to be used to diagnose vascular changes. Among the studied risk factors for CVD in women, the most significant contribution to the process of structural and functional reconstruction of blood vessels is made by age and obesity indicators (the most informative indicator is OT). Impaired lipid metabolism, blood glucose and blood pressure are less significant factors for vascular remodeling in women without clinically significant CVD.

Conclusions. Vascular examination using the methods of duplex scanning and volumetric compression oscillometry should be recommended to all women with increased body weight over 45 years old even in the absence of clinical manifestations of CVD. When performing ultrasound duplex scanning of the common carotid arteries and brachial arteries, it is mandatory for patients with overweight to determine the following parameters: TCIM OCA, PPS KIM OCA, vessel diameters and ESVD PA.

For women with increased body weight, regardless of age, during the examination, along with the measurement of BMI, it is mandatory to determine the waist circumference and the circumference of the hips, to clarify the limitation of weight gain. Even in the absence of clinical manifestations of CVD for women with abdominal type of obesity, it is necessary to recommend measures aimed at reducing body weight, as well as regular visits to the therapist.

ANNUAL AND WEEKLY RHYTHMS OF GENERAL AND CARDIOVASCULAR MORTALITY

*Kholikova D.S.
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the problem. Non-communicable diseases are the leading ones in the structure of population mortality, which account for 98.4% of all cases of fatal outcomes, while the main contribution to the mortality rate - 56.4%, is made by diseases of the circulatory system, most of which belong to coronary heart disease (CHD)

Among the many factors that influence the course of various diseases, one can single out a biorhythmological one associated with the course of cyclic processes in the environment or in the human body. It is known that biological rhythms are characterized by great stability and can little depend on the action of external factors. In accordance with the concept of the existence of a temporary organization of biological systems, all rhythmic processes in the body are coordinated both among themselves and with the rhythms of the environment.

It is proved that there is a so-called "risk zone", which is formed in the period adjacent to the birthday and characterized by the greatest vulnerability of the body and all its functions.

Objective: To assess the influence of chronobiological and climatic factors on the indicators of total and cardiovascular mortality in the population of Andijan.

Material and research methods: The work evaluated the mortality data recorded in Andijan and the results of a one-year prospective observation of 60 patients with stable angina pectoris.

Results of the study: When revealing the patterns of distribution of deaths from all causes over the periods of a calendar year, it turned out that the least favorable season is winter, during which 10% more deaths were recorded compared to summer. There was a seasonal dependence of mortality on all causes on age. Thus, statistically significant seasonal differences in the studied parameter with the maximum number of recorded deaths in the winter months and the minimum in the summer were revealed for age groups of 60-69 years and 70 years and older. In the group of deaths at the age of less than 60 years, there were no statistically significant fluctuations in the number of fatal cases in different seasons of the year.

It was found that in the group of women the general pattern described above is revealed: there is a significant increase in the number of deaths during the winter months in the whole group, as well as in groups 60-69 years old and 70 years and older ($p < 0.001$ for all cases) with a minimum in the summer months. In the age group younger than 60 years, no statistically significant differences were obtained ($p = 0.09$). In men in the group younger than 69 years of age, seasonal effects on the overall mortality rates were not detected ($p > 0.05$ for all groups). Only in the age group of 70 years and older in the winter season did the number of deaths increase ($p < 0.001$), the minimum was observed in the summer.

The criteria for inclusion of patients in the study were: a verified diagnosis of coronary heart disease in men; stable treatment of coronary heart disease for three months; the presence of written voluntary informed consent of the patient to participate in the study. The exclusion criteria from the study were: non-compliance with inclusion criteria; transferred MI less than 6 months old; chronic heart failure IIA stage and above, functional class (FC) III and above; hemodynamically significant rhythm disturbances; extracardiac diseases in the acute stage; the presence of mental disorders that could affect the patient's consent to participate in the study; alcohol abuse drug or drug addiction; the presence of intolerance to drugs included in the treatment regimen; patient refusal to perform the study protocol.

More than 80% of patients (49 people) had angina pectoris I-II FC, the rest had angina pectoris III FC, 46 people (76.7%) had a history of MI, and 38 (63.3%) had arterial hypertension. Diabetes mellitus has occurred in two people. 88% of patients (53 people) took beta-blockers constantly, 70% (42 people) - acetylsalicylic acid, 62% (37 people) - angiotensin-converting enzyme inhibitors.

Conclusion: Thus, human health indicators based on an analysis of the indicators of the population of Andijan as a whole are subject to the influence of environmental factors that are cyclical in nature. Rhythmic environmental factors directly or indirectly affect the course of various human diseases, alone or in combination with other provocative agents, leading to disturbances in homeostasis, forming a predisposition to pathogens and, ultimately, determining the nature of the course of the disease at any given time.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI KASALLIGINING KLINIK BELGILARI YUZAGA KELISHIDA JINSIY TAFOVUTNING AHAMIYATI

*Kityan S.A., Habibullayev J.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi kunda surunkali yurak yetishmovchiligi bilan erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq kasallangani qayd etilmoqda. Misol tariqasida, AQSh dagi surunkali yurak yetishmovchiligi bilan kasallangan bemorlarning 58% i erkaklar, 42% i ayollardan iborat ekanligini ta'kidlash mumkin. Bunga sabab qilib erkaklar orasida xavf omillari, zararli odatlarning ko'proq tarqalganini keltirsa bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi: Surunkali yurak yetishmovchiligi bilan kasallangan erkak va ayol bemorlardagi klinik belgilarning o'ziga xosligi va farqlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Andijon davlat tibbiyot instituti qoshidagi Y.Otabekov nomidagi klinikasining shoshilinch kardiologiya bo'limida noyabr-dekabr oyida surunkali yurak yetishmovchiligidan davolanib chiqqan 54 nafar bemorlar kuzatildi. Bemorlardan 29 nafari erkak, 25 nafari esa ayollar bo'ldi.

Tadqiqot davomida bir nechta usullardan foydalanildi. Jumladan, surunkali yurak yetishmovchiligi tashxisi qo'yish uchun standart hisoblangan ExoKG usulidan foydalanildi. Bundan tashqari ko'krak qafasi flyuorografiyasi ham yaxshi samara berishi kuzatildi. Qo'shimcha sifatida esa EKG usulidan ham foydalanildi. Bunda chandiqli o'zgarishlarni aniqlash imkoniyatiga ega bo'lindi.

Tadqiqot natijalari: Yuqoridagi usullar yordamida olib borilgan tadqiqotlar yordamida surunkali yurak yetishmovchiligi bilan og'rigan ayol va erkaklarda yuzaga keladigan belgilar orasida farqlar mavjud ekanligi aniqlandi. ExoKG usuli yordamida 29 erkak bemordan 9 nafari(31%)da, 25 nafar ayoldan 3 nafari(12%) da sistolik disfunktsiya, 14 nafar (48,27%) erkakda va 19 nafar (76%) ayolda diastolik disfunktsiya kuzatildi. Bundan tashqari erkaklarning 6 (20,69%) nafarida, ayollarning 15 (60%) nafarida konsentrik tipdagi chap qorincha gipertrofiyasi, yana 18 nafar (62,07%) erkak va 7 nafar (28%) ayolda eksentrik tipdagi chap qorincha gipertrofiyasi aniqlandi. Flyuorografiya usulimiz yordamida 23 nafar (79,31%) erkak va 22 nafar (88%) ayolda kardiomegaliya borligi kuzatildi. EKG yordamida o'tkazilgan izlanishlarimiz natijasida 7 nafar(24,14%) erkakda va 1 nafar(4%) ayolda chandiqli o'zgarishlar aniqlandi. Shuningdek, 3 nafar (10,34%) erkak hamda 10 nafar (40%) ayolda ekstrasistoliya belgilari kuzatildi.

Xulosa: Amalga oshirgan izlanishlarimiz xulosasi shuni ko'rsatdiki, surunkali yurak yetishmovchiligi bilan kasallangan ayollar va erkaklarda kasallikning belgilari o'zaro farq qilishi mumkin ekan. Xususan, surunkali yurak yetishmovchiligi erkaklarda, asosan, sistolik disfunktsiya bilan, ayollarda esa diastolik disfunktsiya bilan kechishi aniqlandi. Bundan tashqari, yana ExoKG da aniqlanganidek, chap qorincha gipertrofiyasi ayollarda ko'proq (60% hollarda) konsentrik tipda, erkaklarda esa (62,07% hollarda) eksentrik tipda namoyon bo'ladi. Flyuorografiya usuli bilan surunkali yurak yetishmovchiligiga tashxis qo'yishda ayollarda kardiomegaliya erkaklarga nisbatan biroz (8,69%ga) ko'proq uchrashi o'rganildi. EKG yordamida o'tkazilgan izlanishlarimiz shuni ko'rsatdiki, surunkali yurak yetishmovchiligi erkaklarda ayollarga nisbatan ko'proq holatlarda chandiqli o'zgarishlar bilan, ayollarda esa erkaklarga nisbatan ko'proq hollarda ekstrasistoliya bilan namoyon bo'ladi.

PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

*Kurganbayev B.U., Abdurakhmanova M.U.
Andijan State Medical Institute*

Prevention of cardiovascular disease can be primary and secondary. Each type of prevention does the job. To prevent heart disease and blood vessels and reduce the risk of complications, cardiologist's goals: assessment of risk factors; correction lifestyle; prescription drugs; elimination of primary abnormalities that lead to cardiovascular disease.

Primary prevention of cardiovascular diseases includes: smoking cessation; control of blood pressure; diet; control of lipids in the blood; taking medications to thin the blood; physical activity weight control; treatment of diabetes; treatment of atrial fibrillation.

The task of the therapist and the cardiologist is to tell patients about the dangers of Smoking and encouraged to quit the habit, leading to changes in vessels and heart. Patients may undergo drug therapy that helps to quit, or to see a therapist. The people non-smokers should avoid passive smoking.

Control of blood pressure is to limit salt, fat milk products, non-alcoholic beverages and increase physical activity. Patients with kidney problems prescribed drug therapy. At elevated pressure (above 140/90) recommended antihypertensive medications. Medication is prescribed based on age and other patient needs.

Diet includes fruits, vegetables, cereals, fish, legumes, lean meats. Nutritionists adjust the demand for energy and caloric values for each patient. It is recommended to include in the diet such food to reduce saturated fat and cholesterol. The tendency to pathologies of heart and vessels are advised to reduce alcohol consumption to a minimum or to completely eliminate.

Patients with a high risk of hypertension are recommended taking Aspirin every day. Do not prescribe medication in cases where there is bleeding tendency and the presence in the patient's history of hemorrhagic stroke. Other patients receiving antiplatelet therapy saves lives and reduces the risk of thrombosis.

Doctors should take steps of correction and prescribe treatment, if patients with high blood lipid parameters. For the normalization of lipid metabolism included a vegetarian diet, use of drugs (statins, fibrates), exercise. Medication is used only in the absence of the effect of non-pharmacological methods.

Physical activity adjusted depending on the patient's condition, age, lifestyle, presence of neurologic disorders and other pathologies. The purpose is carrying out active physical activity at least half an hour every day. It is recommended to perform 10 exercises in a day or to include in your lifestyle Hiking, swimming, running, breathing exercises, and yoga. The power load can be gradually increased.

Control of weight is to limit calories and journaling your daily diet. If patient is overweight, recommend weight loss of 10% per year. It is important to control the blood sugar. The very first thing that should hold people risk of diseases of vessels and hearts to perform all the recommendations listed above. The second factor is the use of antidiabetic drugs. In cases, when necessary, prescribe insulin.

To eliminate the arrhythmia, patients must complete assignments cardiologist and regularly do an ECG. Patients are prescribed remedies for the normalization of rhythm, antiplatelet agents and anticoagulants. In cases where drugs are ineffective, recommend the installation of a pacemaker.

Secondary prevention of cardiovascular diseases is the treatment of such pathologies as: diabetes; atherosclerosis; aneurysm; diseases of peripheral arteries; kidney disease.

Upon detection of patients with high C-reactive protein level prescribe medications that reduce the risk of heart disease, despite the absence of symptoms of coronary artery disease, damage to blood vessels. It should be noted that the uncontrolled intake of medicines may lead to serious consequences and irreversible damage of the vascular system.

TREATMENT METHODS OF CARDIOVASCULAR FAILURE

*Kurganbayev B.U., Abdurakhmanova M.U.
Andijan State Medical Institute*

Cardiovascular failure is a syndrome resulting from acute or chronic heart failure, the consequence of which is insufficient blood flow to all organs and tissues.

Unfortunately, to date, this pathology is common and is more common in females. It is kind of a ticking time bomb in the body, which is extremely dangerous for human health. That is why you should not ignore the symptoms of this disease; you should promptly proceed to treatment interventions.

The disease can be acute or chronic. The development of acute heart failure occurs almost instantly. This form is manifested cardiogenic shock, cardiac asthma and pulmonary edema. Its appearance usually provokes acute mitral and aortic valve, myocardial infarction and rupture of the left ventricular wall. Threat factor may be the speed of development of an illness (minutes to several hours).

In the chronic form of the disease develops gradually. This process can take weeks, months or even many years. High blood pressure, various heart diseases, prolonged anemia and chronic respiratory failure are all causes of pathology.

Chronic vascular insufficiency is the most common complication that occurs when problems in the cardiovascular system. It is divided into three stages:

Stage I - hidden, or initial failure. In activity of the patient it has shortness of breath and heart palpitations. Dormant organ function and hemodynamics had not broken a little lowered performance.

Stage II - severe vascular insufficiency, which is a violation of hemodynamics. It is divided into period A and period B.

In stage II there is moderate exertion symptoms such as palpitations, shortness of breath, mild cyanosis. The company and the right type manifested by congestive symptoms in the systemic circulation. The patient has a swelling on the lower leg and feet, slightly increased liver. These effects are reduced in the morning. The efficiency is sharply reduced. Period and left ventricular

type is characterized by the presence of stagnant changes in the pulmonary circulation. The patient develops a dry cough, sometimes streaked with blood, there is congestion in the lungs, quickens the heartbeat.

In stage II there is a shortness of breath at rest, palpitations, cyanosis expressed in the lungs congestive changes occur. The trunk and limbs of the patient permanently swollen, liver dense increased, ascites develops. People with this illness are unable to work.

Stage III or ultimate failure. In addition to hemodynamic disturbances in the organs irreversible changes (congestion of the kidney, cirrhosis of the liver, etc.) can be exist. Disturbed metabolism develops the depletion of the patients. Therapeutic measures are ineffective.

Depending on the location of the lesion it can occur left ventricular failure, right ventricular or mixed. Due to the decrease in myocardial contractile function and overload of the left ventricle it occurs left ventricular vascular insufficiency.

Right ventricular heart failure is, accordingly, overload of the right heart, and can be caused by pulmonary hypertension. The patient has edema, there are changes in the skin (they become flabby and thin).

When overloaded as the right and left ventricles it is developed combined vascular insufficiency.

The origin of the disease may be myocardial, transshipment and combined.

If struck directly in a heart wall, the myocardial failure develops. This form leads to impaired relaxation and contraction of the heart.

When an excessive load occurs on the heart overload heart failure is observed. This form is more common for heart defects and diseases associated with disruption of normal blood flow.

In combination of heart failure combined with high stress on the heart and myocardial damage.

At the initial stage the symptoms occur during physical activity. Shortness of breath: breathing very deeply and frequently, despite the fact that the load is quite normal for a healthy person.

When the pressure is in the blood vessels of the lungs, the patient may cough and streaked with blood.

Lying down and after eating the heart of the patient starts hard to beat. Man complains of general malaise and fatigue. With the development of the disease, these symptoms become more pronounced, not only during physical activity but also at rest.

In many patients with vascular insufficiency there is a decrease in amount of urine, to the toilet they go mostly at night. In the evening swollen feet only on the feet, and then the swelling spread above. Skin tip of the nose, earlobes, hands and feet has a hint of blue. If heart failure has begun stagnation of blood in the vessels of the liver, the patient feels pain and heaviness in the right hypochondrium.

PAROSSYSMAL STATES IN ADOLESCENTS: PATHOGENESIS, CLINICAL COURSE, DIAGNOSIS AND TREATMENT

*Mamadinova L.Kh.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: In adolescence, paroxysmal conditions (PS) manifest themselves in convulsions, syncope, alges, vegetative-vascular crises (panic attacks), etc. According to the WHO and a number of researchers, clinically significant disorders of the neurovegetative and emotional spheres in young people are observed in 20 -40% of the cases.

Despite certain successes achieved in the treatment of paroxysmal conditions, up to now there is no common understanding of the causes of their development, and therefore, there are various approaches to the rehabilitation of patients. At the heart of paroxysmal conditions is disregulation of neuroimmune and endocrine relationships. The information given in the literature on the disorders of the immune, neuromediator systems is scattered and ambiguous. The problems of pathogenesis, the diagnosis of paroxysmal conditions in adolescence and the methods of rehabilitation of this category of patients have not been adequately studied.

The purpose of the study: On the basis of identifying the features of the clinical course, neuro-psychophysiological and immunological characteristics of paroxysmal conditions in adolescents, isolate their clinical and pathogenetic variants and develop comprehensive rehabilitation programs for this category of patients.

Material and methods of research: Examination and treatment of patients with MS was carried out in the conditions of the clinic of nervous diseases at the clinic of ASMI. There were 645 patients with PS at the age of 10-20 years under observation. 278 patients of them are early adolescence from 10 to 14 years and 367 people are late adolescence from 15 to 20 years old.

Research findings: The study of anamnestic data in adolescent patients made it possible to identify a number of risk factors that were common to all nosological forms of diseases with paroxysmal conditions (PS). Among such factors, pathology of the perinatal period of development (63.3%), infection (43%), hereditary predisposition (34.6%), brain injury (24.7%) were noted.

Of the provoking factors contributing to the development of paroxysmal conditions, such as: acute stress or chronic psychotraumatic situation (56.2%), severe physical activity (37.5%), sleep and nutrition disorders (29.7%), a sharp change in climatic conditions due to relocations (18.3%), adverse geoleo and meteorological factors (46.8%), strong noise (41.3%), bright light (36.4%), supercooling (27.3% %), exacerbation of chronic diseases (31.5%).

The complex study made it possible to identify a number of common signs characteristic of all patients with PS epileptic and non-epileptic genesis. Clinico-neurological examination showed the presence of microsymptomatics in patients with EP in 85.7% of cases, among NEP patients in 69% and in persons with subclinical paroxysmal conditions in 68.4% of cases. Most often observed were asymmetry of the eye slits (49.3%), a weakening of convergence (47.4%), a flattening of the nasolabial fold (38.2%), a deviation of the tongue (37.4%), revitalization of tendon and periosteal reflexes (84, 6%), weakened abdominal reflexes (32.7%), pathological reflexes: Rossolimo upper (36.2%), Marinesco Radovici (31.6%), reflexes of oral automatism (24.3%), Babinsky (18, 5%), Bechterew (26.7%), and Trusso (14.8%). The study of structural pathology of the brain by computed tomography (CT) in the group of patients with EP from 140 examined registered the presence of changes of a different nature in 111 patients (79.3%), in the NEP group of 242 patients. - in 138 cases (66.6%) and among persons with subclinical paroxysms from 35 people. - in 12 cases (34.3%).

The data obtained indicate that most of the adolescent patients suffering from MS have structural and morphological changes in the brain that affect the nature of the nervous processes in the CNS.

Thus, based on the conducted studies of patients with adolescent adolescence and their treatment, it can be concluded that there are common etiopathogenetic mechanisms of PS development for various nosological forms of diseases, which are based on violations of the integrating and regulating role of the central nervous system. The key link in the pathogenesis of PS is, in our opinion, the altered immune and autonomic reactivity. Normalization of neuroimmune-endocrine interrelations is a general therapeutic approach to treating PS in various clinical manifestations.

Conclusions: In adolescents suffering from paroxysmal conditions, the main clinical and pathogenetic variants are identified - epileptic, non-epileptic and subclinical. The isolation of epileptic paroxysms is based on the presence in the clinical picture of typical stereotyped seizures, epileptiform activity on the EEG, psychopathological disorders, mainly in the form of torpidity mental processes; non-epileptic paroxysms are characterized by the development of polymorphic clinical phenomena related to various organs and systems, the recording of signs of paroxysmal activity on the EEG, changes in cerebral hemodynamics in the form of an increase in the tone of the cerebral vessels, increased emotional lability; at subclinical paroxysmal conditions clinical manifestations are less defined, diffuse, characterized by the presence of an increased level of convulsive readiness on the EEG and acceleration of cerebral blood flow due to vasodilation.

The use of reflexotherapy by virtue of their mechanism of action contributes to the restoration of the regulating role of the central nervous system and leads to optimization of the functioning of the vegetative, immune and endocrine systems. The most effective is the combination of drug and non-pharmacological methods of treatment.

BEFORE CLINICAL DIAGNOSTICS OF CONVULSIVE CONDITIONS AT EARLY AGED CHILDREN

*Mamadinova L.Kh.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: The problem of convulsive conditions at early aged children is one of the main problems of modern neurology and psychiatry. The convulsive condition is a basic sources of epilepsy at adult, that is why prevention of beginning them at children is the key to prophylaxis of epilepsy. Particularly, in this aspect is important learning the convulsive condition at early aged children.

The purpose of the study: The aim of this study was to study the combined role of pre-, peri-, postnatal harms and hereditary burden in the occurrence of convulsive conditions in childhood.

Materials and methods of research: The clinic-epidemiological examinations of 138 early aged children "groups of risk" were carried out. Convulsive conditions have been noted at 60 (43,4%) examined children: 40 (66,7%) boys and 20 (33,3%) girls.

Research findings: As a result of examinations it was revealed, that at early aged children, the first convulsive conditions usually begin until getting 6 months old. Bad inherited dates were revealed in 18,0% of cases, including epilepsy of relatives – 3,4% of cases, one of the parents – 77,0% of cases. Mental illnesses have been noted in 6,9% of cases among relatives of the 1st degree of intimate.

By represent clinical examinations presence of prenatal harms have revealed in 43 (73,0%) cases, in perinatal harms have revealed in all children (100%), who were examined by us.

In developing of convulsive conditions great importance have been acute infections among patients, who learned by us. We observed at 14 (23,7%) children, that in 24 (40,6%) cases have been indication of enduring infections at last. It is immediate due to infections of defiant convulsive conditions.

Conclusions: Convulsive conditions appear under the influence of combined influence of endo and exogenous factors. The inherited factor has the main meaning among the endogenous factors. The gestosa of pregnancy, generic traumas, infectious diseases and hyperthermal factors have the most important meaning among the exogenous factors.

ASSOCIATIONS BETWEEN DIABETES DURATION AND ARTERIAL RIGIDITY PARAMETERS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND ARTERIAL HYPERTENSION

*Masharipova Sh. S., Mirsharapov U.M.
Urgen branch of Tashkent Medical Academy*

Purpose of work: to study the associations between the duration of diabetes and arterial stiffness parameters in patients with type 2 diabetes mellitus (type 2 diabetes) and arterial hypertension (AH).

Material and methods: Included are 90 patients with type 2 diabetes and hypertension (39% of men, average age 63.8 ± 11.6 years, 44% of smokers, 80% with dyslipidemia). The mean arterial pressure (BP) was $146 \pm 23/86 \pm 10$ mm Hg. All patients received combination antihypertensive therapy; target blood pressure $<140/85$ mm Hg was achieved in 29 (52.7%) patients. The median duration of diabetes was 8.5 years (IQR 2; 13 years), the average plasma glucose level was 8.0 ± 2.4 mmol / L, the average HbA1c was $9.2 \pm 2.0\%$, 58 (64.4%) patients received insulin therapy. Measurement of blood pressure was carried out by a validated oscillometric device. Arterial stiffness parameters were determined by the method of applanation tonometry, cardio-ankle-vascular index (SLCI) and vascular age were measured on a VaSera 1500 instrument. The results were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results: The average central blood pressure was $132 \pm 18/79 \pm 12$ mm Hg, the average pulse wave propagation velocity (PWV) was 10.5 ± 2.4 m / s, the average SLCI on the right was 8.8 ± 1.9 , on the left - 8.9 ± 1.8 . Further analysis was carried out in groups depending on the duration of diabetes (Gr1 <4 years ($n = 31$), Gr2 - 4-10 years ($n = 30$), Gr3 > 10 years ($n = 29$)). Patients from Gr3 were older (69.5 ± 11.1 vs 62.1 ± 11.2 vs 60.0 ± 10.8 years), had a higher vascular age (73.8 ± 9.0 vs 68.6 ± 11.8 vs 64.5 ± 13.4 years), SLCI on the right and left (9.3 ± 1.9 vs 9.0 ± 1.8 vs 8.1 ± 1.9 and 9.4 ± 2.0 vs 9.2 ± 1.6 vs 8.1 ± 1.8 , respectively); $p < 0.05$. Patients with a longer duration of diabetes (Gr2 and Gr3) were more likely to receive insulin therapy (79%

vs 70% vs 45.2%, $p < 0.05$), and had a higher PWV (11.0 ± 2.0 and 11.4 ± 2.4 vs 9.1 ± 2.4 m/s, $p = 0.0009$). Spearman's correlation analysis revealed significant correlations between the duration of diabetes and age ($r = 0.35$), vascular age ($r = 0.30$), creatinine level ($r = 0.23$), PWV ($r = 0.34$), SLEF on the right ($r = 0.3$) and to the left ($r = 0.3$), $p < 0.05$. Multivariate regression analysis showed that only the age and duration of diabetes were significant predictors of increased PWV.

Conclusion: In patients with arterial hypertension and type 2 diabetes, arterial stiffness is associated with the duration of diabetes, regardless of the level of arterial hypertension. The most significant increase in the pulse wave propagation velocity occurs during the first 4 years.

FIRST RESULTS OF A DESMOPRESSIN TEST IN PREDICTION OF RECCURENCE ACTH-DEPENDENT CUSHING SYNDROME UNDERGOING TSS

Mirsaidova U.A., Halimova Z. Y.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan named after Acad. Y.H. Turakulov,
Tashkent Pediatric Medical Institute

Abstract: Hypercorticism is a syndrome caused by prolonged and excessively high exposure of glucocorticoids to the body. ACTH-dependent Cushing's syndrome develops as a result of the overproduction of adrenocorticotrophic hormone by the pituitary adenoma. The first line of treatment for ACTH-dependent Cushing's is transnasal transsphenoidal removal of the pituitary adenoma, which contributes to remission from 42 to 90% of cases. At the same time, the recurrence rate of Cushing syndrome is observed up to 3% during the year and up to 3% – 22% of cases within 3 years. Therefore, early intervention is crucial for the prevention of complications of hypercortisolemia. The test with the introduction of desmopressin after surgery along with other samples to assess the functional activity of the axis of the hypothalamus-pituitary-adrenal gland has the unique ability to determine the presence of residual neoplastic corticotrophs, that is, an increased risk of recurrence.

Objective: to analyze the prognostic value (utility) of a test with desmopressin to assess the effectiveness of TSS in patients with ACTH-dependent CS in the postoperative period and its predictive value in the recurrence of the disease.

Material and research methods: 42 patients with ACTH-dependent Cushing's syndrome were examined, operated on in the neurosurgery departments of the RSSPMCE from 2000 to 2019. Patients were divided into 2 groups: group 1 had cortisol levels ≤ 138 nmol/L, and group 2 had cortisol levels ≥ 138 nmol/L in the first 1-3 days after transsphenoidal pituitary adenectomy (TSS). The control group consisted of 20 healthy individuals of a similar age. The research methods were general clinical, instrumental (perimetry of the visual fields, fundus, visual acuity, ECG, CT / MRI of the chiasmoseal region and adrenal glands; hormonal (ACTH, blood cortisol and UFC in the postoperative period during the DT by ELISA, histological examination of the surgical material; functional test with desmopressin and statistical research methods (StatSoftStatistica 6.1, IBM SPSS Statistics 20.0.).

Results: It was found that in the group of patients in remission, in 3 patients (16.6%), ACTH levels during desmopressin test increased significantly (on average 14.02 ± 2.06 ng/dl), leading to a corresponding increase in the level cortisol (average 280.02 ± 12 nmol/L) in the blood. Moreover, the peak of ACTH secretion was accounted for and held equally high at 301 and 601. As the test results show, the averaged ACTH and cortisol indicators in group I differed from the control group, although not significantly ($p > 0.05$). At the same time, a significant reaction was noted in response to desmopressin, which increased 4 times more than in the control group. In the second group, 25% (6 patients out of 24) of patients had a positive reaction to desmopressin, as evidenced by an increase in cortisol levels and which can serve as a negative prognostic marker of the probability of a relapse.

Conclusions: Thus, according to the results of our studies, analysis of the results of the desmopressin test in patients with ACTH-dependent Cushing's syndrome showed that desmopressin test is a sensitive tool in determining the reactivity of corticotrophic pituitary cells.

MECHANISMS FOR FORMING HEALTH DISORDERS IN EARLY CHILDREN WITH LIMITED HEALTH OPPORTUNITIES

Maxsudova X.F.

Andijan state medical institute

Relevance. Physical education is carried out in the process of the child's entire life: during holding regime moments, in all classes, on walks. The originality of motor skills in children with developmental disabilities requires the development of special methods and methods of physical education.

The effectiveness of rehabilitation is determined by the rehabilitation potential of the child, which is influenced by many factors, including the presence and severity of concomitant somatic diseases and functional disorders. For the timely prevention of diseases and disorders, it is necessary to understand the mechanisms that underlie their development.

Purpose of the study. To reveal the mechanisms of formation of somatic health disorders in young children with disabilities with diseases of the nervous system, which were the outcomes of perinatal damage to the central nervous system.

Materials and research methods. A total of 278 young children with disabilities were examined. Somatic morbidity, emotional profile, heart rate variability, free radical lipid oxidation, antioxidant activity of blood and urine, urea, lactate, thyroid hormones and pituitary-adrenal system were evaluated.

The results of the study. Children with disabilities are characterized by a higher frequency of blood diseases ($p = 0.0000$), due to deficiency anemia ($p = 0.0000$), the endocrine system ($p = 0.0010$), due to malnutrition ($p = 0.0009$), a more frequent incidence of acute respiratory infections ($p = 0.0008$), a higher intensity of CPO lipids ($p = 0.02$), accompanied by an increase in AOA ($p = 0.01$), a higher level of thyroid hormones ($p = 0$, 0000), a lower level of pituitary GH ($p = 0.0000$), a greater functional activity of the pituitary-adrenal cortex system (more than low levels of ACTH of the pituitary gland ($p = 0.0000$) and cortisol ($p =$

0.0000)), which indicates the presence of an allostatic load, which is one of the mechanisms of formation of somatic health disorders in these children, and is confirmed by the obtained correlation relationships of somatic diseases and individual biochemical and functional indicators.

Conclusion. One of the mechanisms underlying health disorders in young children with disabilities is allostatic load.

HAVFSIZ ABORT ASORATLARI PROFILAKTIKASI

*Ochildiev A.A., Xudoyarova D.R., Kobilova Z.A., Shopulotov Sh.A.
Samarqand Dalat Tibbiyot Instituti*

Dolzarbligi. Havfsiz medikamentoz abort oilani rejalashtirishda istalmagan homiladorlikni to'xtatish usullaridan biri bo'lib, xirurgik homiladorlikni to'xtatishning alternativ usulidir. Afsuski hozirgi vaqtda abortlar oilani rejalashtirish usullaridan biri bo'lib qolmoqda. BJSST ma'lumotlariga ko'ra xavfsiz abortlar ruxsat berilgan mamlakatlarda zamonaviy texnologiyalarni qo'llash yo'li bilan o'tkazilgan abortlarda onalar o'limi ko'rsatgichi 1:100000 dan oshmaydi. Havfsiz abortlar ruxsat berilmagan mamlakatlarda erta muddatlarda o'tkazilgan abort asoratlari oqibatida yuz beradigan onalar o'limi ko'rsatgichi 100 ta aralashuvning 0,9-3,5 xollariga tug'ri keladi. Xar yili butun dunyoda 500 000 nafar FYoA homiladorlik tufayli o'ladi, onalar o'limining 15% xavfli abort asoratlari natijasida kelib chiqadi va 5 mil nogiron bo'lib qolish kuzatiladi. Onalar o'limining 98% rivojlanayotgan mamlakatlarga tug'ri keladi. Rossiyada su'niy tibbiy abort asoratlari natijasida yuz beradigan o'lim 100 000 tirik tug'ilganlarga nisbatan 0-3 xollarga yoki barcha onalar o'limining 0,05% ga tug'ri keladi. 12 haftadan keyin homilani to'xtatish barcha su'niy abortlarning 10-15% tashkil qiladi. Homiladorlikni medikamentoz to'xtatishning avvalliklari: bachadon bo'yini yetiltiradi, miometriyani qisqartiradi va homila noinvaziv usulda tushadi. Abortdan keyingi endometrit, septik kasalliklar va onalar o'limi kamayadi, ikkilamchi bepustlik kelib chiqmaydi.

Tadqiqot maqsadi. Medikamentoz abortdan keyingi erta va kechki asoratlarni analizi va profilaktikasi.

Tadqiqot materiallari va usullari. SamDTI 1-klinikasi va Samarqand shahar 1-son tug'ruq majmuasi miqyosida, xavfsiz abort uchun murojat qilgan 90 ta ayollarni 2 guruhga bo'ldik: birinchi guruh 30 nafar homiladorligi (4-12 hafta) xirurgik tushirilgan ayollar, ikkinchi guruh 30 nafar homiladorligi (4-12 hafta) medikamentoz tushirilgan ayollar. Barcha homilador ayollarga prospektiv anamnez yig'ish, umumiy qon va siydik tahlili, UTT, qin surtmasi bakteriologik tekshirilishi, koagulogramma, qon guruhi tahlili o'tkazilgan.

Tadqiqot natijasi: Birinchi guruhda homiladorlikni jarrohlik yo'li bilan to'xtatishda 4-8 haftalik homiladorlarda ($n = 15$), 100% samaradorlik berdi va 13,3% holda jarrohlik abortdan so'ng operatsiyadan keyingi endometrit rivojlanishi bilan asoratlandi. Jarrohlik aborti 9-12 haftalikdan so'ng ($n = 15$), 100% samara berdi, asoratlari 6,7% holda kuzatildi, bu operatsiyadan keyingi endometrit bilan. Spontan abortda ayollarni qorin bo'shlig'ini ochish operatsiya orqali davolandi.

2-guruhda abortlar 4 haftadan 12 haftagacha bo'lgan homilalarga nisbatan ikki usulda qilingan. 1-usul, homiladorlik davri 4-8 hafta ($n = 15$) bo'lgan ayollarga, mifepriston 1 tabletkadan og'iz orqali, 48 soat davomida 800 mg mesoprostol va 1 soatdan keyin 400 mg mesoprostolper qo'llanilganda - 86,7% holda homila tushushi kuzatilgan. Dori vositalariga sezgirlikning yo'qligi 6,67% ayollarda kuzatilgan. Homila abortining asoratlari 6,67% holda kuzatilgan. Abortning homilaga ta'siri, har 2 soatda 400 mkg mezoprostolper takrorlanganda yuzaga kelgan. Mezoprostolning umumiy dozasi bunda 1600 mkg yetdi.

2-usul: Mifepriston 1 tabletkasini og'iz orqali, 48 soatdan keyin og'iz orqali 400 mkg isoprostol va og'iz orqali 3 soat davomida 400 mk isoprostolper qo'llanilganda - 53,4% samaradorlik kuzatilgan. Preparatga sezgirliyi yo'q ayollar 20% ni tashkil qildi. Bu usukda quyidagi asoratlari kuzatildi: g'ayritabiiy abort 26,7% va qon quyqalari ham 26,7%.

Homiladorlikni to'xtatishning 1-usuli, homiladorlik 9 dan 12 haftagacha ($n = 15$) bo'lganda, mifepriston 1 tabletkasi og'iz orqali, 48 soatdan keyin og'iz orqali 800 mg mesoprostolper va 1 soat o'tgach 400 mg mesoprostolper - 93,3% holda natija berdi. Dori vositalariga sezgirsizlik 6,7% (1) ayolda kuzatildi. Bunda 13,3% holda quyidagi asorat kelib chiqdi - bachadon bo'yni yo'ldoshning kechikishi. Misoprostol yo'ldosh bachadon bo'yni bo'ylab turganda ham qabul qilindi va 1 soatdan keyin 400 mkg og'iz orqali berildi. Umumiy mezoprostolning samarali dozasi 1600 mkg edi.

2-usul, mifepriston 1 dona tabletkasi, 400 mk isoprostolper 48 soat va 400 mk isoprostol per os 3 soat - 80,1% samaradorlik berdi. Dori vositalariga sezgirlikning yetishmasligi 1ta ayolda kuzatildi. Asoratlari 13,3% holda g'ayritabiiy abort va 20% holda qon yo'qotish bilan bog'liq edi. Noto'g'ri homiladorlik 400 mg mesoprostolper va 1 soatdan keyin yana 400 mg mezoprostolper bilan samarali to'xtatildi. Mezoprostolning umumiy dozasi 1600 mkg edi.

Abortning kamchiliklari: kuchli og'riq, preparatga sezgirlik yo'qligi va homilaning rivojlanishi, haddan tashqari issiqlik, homiladorlik qobiqlari to'liq ajralmasligi, qon ketish. Kuchli qon ketishda laparotomiya operatsiyasi o'tkazildi.

Spontan abort bilan homiladorlikni va abort qilishni jarrohlik yo'li bilan tugatishning kamchiliklari: jinsiy a'zolarida o'tkir yallig'lanish belgilari. Anesteziya ishlatilishi mumkin yoki dori bachadon anesteziyasini, dastlabki behushlikni keltirib chiqarishi mumkin, ba'zida homila rivojlanishda davom etadi va servikal perfuziya kuzatiladi. Laparotomiya bachadon devorining teshilishi orqali amalga oshiriladi. Anestezianing asoratlari tez-tez uchraydi va ko'pincha behushlik va qusishdan keyin sodir bo'ladi. Bularga abortning asoratlari, endometrit, septik kasalliklarning rivojlanishi va onalar o'limiga olib keladi.

Natijalar. Homiladorlikning dori-darmonlarni bilan to'xtatish natijasida ikkinchi guruhning samaradorligi birinchi usul qo'llanganda 86,8% -98,5% ni tashkil etdi va tug'ruq uchun mezoprostol qo'shilishi bilan 1600 mkg dozasi 100% ni tashkil etdi. 2-guruhning ikkinchi usulida 53,4% -80,1% hollarda samaradorlik kuzatildi, asoratlari bo'lsa, 1600 mg doza ishlatilgan bartaraf etildi.

1-guruhda 4-8 haftalik homiladorlik va 9-12 haftalik homiladorlik operatsiya jarrohlik yo'li bilan to'xtatilganda 100% samarali bo'ldi. Spontan abort uchragan ayollarda qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyalar asoratlari bor edi. Davolanish to'xtatilib, jarrohlik aralashuvi to'xtatilganda samaradorlik 100 foizni tashkil etdi. Ammo qorin bo'shlig'i yopilgandan so'ng, homiladorlik va homilaning abort qilinishi jarrohlik yo'li bilan tugatilgandan keyingi asoratlari tez-tez uchrab turdi. Asosan, 1-guruhda bachadon yallig'lanishining chastotasi 6,7% ni, homilador ayollarda esa 10-23,1% ni qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyadan keyin tashkil etdi.

Shunday qilib, xavfsiz abortda asoratlari xavfini oldini olish uchun homiladorlikni tugatishning birinchi usuli sifatida dori terapiyasi afzal ko'rildi. Homilalik abortlar, abortdan keyingi qon ketish, endometrit, septik kasalliklar, jarrohlik aralashuvlar va onalar o'limi kamaygani sari ikkilamchi bepustlik yuzaga kelmaydi.

VALUE OF THE RATING SCALE FOR PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

*Oltiboeva G.M., Kadyrova Sh.A.
Tashkent Medical Academy*

Chronic heart failure (CHF) is a syndrome that develops as a result of various diseases, especially diseases of the cardiovascular system, leading to decreased pumping function of the heart, chronic hyperactivation and an establish of vasoconstrictor and vasodilating neurohumoral systems with a complex of characteristic symptoms (shortness of breath, fatigue and decreased physical activity, swelling, etc.), which are associated with inadequate perfusion of organs and tissues at rest or during exercise, and often with fluid retention in the body. Clinical examination of the patient allows you to dynamics to evaluate the effectiveness of the treatment of heart failure.

Aims of the study: To determine the points on the Rating Scale for Condition patient with chronic heart failure (CHF) NYHA Functional Classes (FC)- I-IV.

Material and methods: 45 patients with CHF were studied. 27 of them are men, 18 are women. The average age of patients is 63.4 ± 3.2 . Patients with hypertension were- 13, coronary heart disease (CHD)- 11, combined ischemic heart disease and hypertension- 15, combined ischemic heart disease, hypertension and diabetes mellitus- 5. Chronic heart failure I functional class (FC) was diagnosed in 11 patients, II FC-in 22, III FC-8, I-IV FC-4 patients. All patients were evaluated complaints, medical history, and an objective study.

Results of the study: All patients underwent scoring Rating scale in modification by Mareev V.Y., 2000 symptoms like shortness of breath, weight gain over the last week, wheezing in the lungs, interruptions in the heart, swelling of the cervical veins, enlarged liver, the presence of pastosity, edema, the level of systolic blood pressure and their severity.

Revealed by Rating scale for condition in patients with FC I was –points equal to 3 points; II FC - 5 points; FC III - 8 points and FC IV - 10 points. All patients were also recorded electrocardiographic examination (ECG) and echocardiography examination (echocardiography) and treated according to the standard. Evaluation of the effectiveness of therapy was carried out according to the dynamics of the studied indicators and patient complaints at the end of the study. Marked: improvement of general condition in 40 86.5% of cases, shortness of breath significantly decreased in 38 (84.4%) patients, wheezing in the lungs disappeared in 39 (86.6%) patients, edema decreased in 36 (81.7%) and sizes of liver decreased in 37 (82.2%) patients. From FC III 6 patients transferred to FC II and 2 patients from FC IV to FC III. Positive dynamics were also noted in instrumental studies (on x-ray of the chest and ultrasound of the abdominal cavity).

Conclusion: the application of Rating Scale for Condition thus allows to determine asymptomatic myocardial dysfunction and in dynamics to evaluate the effectiveness of the treatment of heart failure.

METHOD FOR DETERMINING EYE SURFACE DAMAGE IN CHEMICAL BURNING OF THE EYES

*Oralov B.A., Mirrahimova S.Sh., Bakhriddinova F.A., Matkarimov A.K.
Tashkent Medical Academy,
Samarkand State Medical Institute*

Actuality: Eye burns and their complications are still a significant social task, representing one of the most severe forms of injuries of the organ of vision. In modern ophthalmology, today for the diagnosis of pathology of the ocular surface, various research methods are used.

For a long time, there was a simple, ineffective method for determining the area of ocular surface lesions: an mm mesh was mounted on a film in the lens of a slit lamp and cells were counted in the erosion projection, then the data were summarized [Haring R.S., Sheffield I.D., 2016]. In 1990, in order to objectify the method, a new method was proposed at the Caroline Institute in Sweden to compare the healing of corneal epithelium after excimer laser operations. The essence of the method: after the instillation of a 1% fluorescein solution, a photograph is taken on a slide film using a cobalt filter using a triocular biomicroscope. Using a kodoscope, the images are projected onto a large screen and through planimetric rulers, first the total number of whole cells was calculated, then half mm-cells, etc., at the end the number of cells was summed up and the total area of the ocular surface was obtained [Ming Ch. Maile M., 2017].

The most significant drawback of the described methods that reduce their relevance is the complexity and complexity of the process with a long technological algorithm, which consists in working on a special overhead graphoprojector with subsequent development of photographic film and counting each cell manually by combining special rulers.

Searching rational methods in this direction D.Yu. Maychuk and I.A. Pronkin developed a new 4-point integrated 5-sector scheme for determining the area of corneal lesion. In each sector of the cornea, one, several or multiple foci are evaluated (quantitative scheme), the area and depth of the lesion (qualitative scheme). Based on the characterization of staining of de-epithelialization foci, an idea is given of the index of corneal lesions in keratitis and corneal erosion [Rud'ko A.S. Mal'cev D.S., 2018].

To analyze the results obtained with severe alkaline burns of the eye, A.S. Rudko performed photoregistration of the stained eye with 1% sodium fluorescein solution and assessed the presence and severity of signs on the cornea. To quantify the area of the burn and its epithelization, we used the percentage ratio between them using a standard package of digital photos processing software Adobe Photoshop.

Having specific criteria for the severity of the lesion, expressed in points, both methods reflect the severity of the lesion only of the cornea. An abstract qualitative assessment scheme for the lesion area in points does not provide an opportunity to estimate the lesion area of the entire ocular surface. The method is somewhat sketchy and at the same time this makes it very affordable for use in practice in the diagnosis and treatment of keratitis, corneal erosion.

Purpose of work: The authors used a fluorescein test as a standard for assessing the state of the degree of burn in patients with burn eye disease. However, this test does not allow obtaining quantitative information about the functioning areas and the area

of the affected areas of the ocular surface, which is important to consider when assessing the degree of damage during burns and its prognosis.

Upon receipt of the initial information for planimetric analysis, a large number of measurements or counts of the studied structural components of tissues are usually carried out, the numbering of lattice cells is introduced sequentially in columns or rows automatically using special counters.

To determine the degree of burn damage to the ocular surface, it often focuses on visual clinical signs corresponding to lesions of the ocular surface and not devoid of elements of subjectivity. Therefore, we modified the method for determining the area of damage in case of damage to the anterior surface of the eye.

Materials and methods: To implement the proposed planimetric method, special equipment is not required, only a triocular biomicroscope or a telephone with a camera are needed.

Stained with fluorescein, the front segment of the eye is photographed using a 16 mega pixel telephone at a distance of 14 centimeters, in this mode the details of the photo coincide with the actual size of the eye.

The eyeball has a total surface area of $22,0 \pm 0,86 \text{ cm}^2$, the area of the anterior surface of the eye without the cornea and conjunctival arches is about $630 \pm 40 \text{ mm}^2$ ($6,4 \text{ cm}^2$), and the area of the cornea is 106 mm^2 ($1,1 \text{ cm}^2$).

In the planimetric electronic ruler, we also take into account the depth of the conjunctival sac lesion, with a component of 13 mm above, 5 mm laterally and 9 mm from the bottom.

The results of the study: In the computer program Photoshop CS5, taking into account the above data, we created a special tool "brush" that displays a planimetric grid on a transparent layer with equidistant points of $0,5 \times 0,5 \text{ mm}$ ($0,25 \text{ mm}^2$) in size, with a resolution of 300 dpi (providing real size with the original), 8-bit RGB color mode, Adobe RGB (1998) public mode as a color profile with saving in the standard ".abr" file extension, uploaded to the public network for download. The brush tool can be downloaded from the archive and automatically integrated into the Photoshop interface in the form of an icon - the brush (Brush).

The grid applied to the image has a constant step on the real eye area of 0,5 mm, the number of cells matching the affected areas (affected areas are taken into account, covering an area of more than half the square), multiplied by the area of one cell - $0,5 \times 0,5 = 0,25 \text{ mm}^2$. With the counter tool, this task is simpler. In this figure, 65 lesions and the total lesion area was $16,3 \text{ mm}^2$ ($65 \times 0,25 \text{ mm}^2$).

In the Photoshop program with the "Magnifier" tool, the studied object can be increased 3200 times to 1 pixel, corresponding to 0,01 centimeter ($100 \mu\text{m}$). A square-knot $0,5 \times 0,5 \text{ mm}$ test grid is applied to the image of the affected eye. Count the number of grid points in the areas of the burn on the nasal and temporal sides of the GP stained with fluorescein.

Conclusion: The obtained results of our developments give reason to believe that the proposed method for quantitative and objective determination of the area of damage to the ocular surface will not only determine the degree of damage and standardize the determination of the severity of the burn, but also determine the dynamics of the clinical manifestations of eye burn during treatment.

FEATURES AND FORECASTING OF THE RESULTS OF GENERALIZED AND SECONDARY FOCAL FORMS OF YERSINIOSIS

*Oripova Zh.N.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Currently, clinicians are particularly concerned about the adverse effects of yersiniosis infection, in particular, the chronicity and formation of immunopathological syndromes with an outcome in a systemic autoimmune process. The frequent development of adverse outcomes (in 3-11% of patients with yersiniosis and 10-55% - pseudotuberculosis) indicates that the examination and treatment of patients is largely intuitive and not always pathogenetically substantiated, due to a misunderstanding of the pathogenesis of the acute period infection process and mechanisms the formation of recurrent, protracted and chronic course and systemic pathology.

The purpose of the study: On the basis of clinical, immunological and immunogenetic indicators to decipher the pathogenic features of various variants of the course of the generalized and secondary focal forms of yersiniosis infection and to develop criteria for predicting the outcome of the disease.

Materials and methods of research: Based on the results of clinical and laboratory examination and the data of an epidemiological history, yersiniosis infection was diagnosed in 893 (54.1%) patients (93.1% - yersiniosis, 6.9% - pseudotuberculosis). The discrepancy between the final diagnosis and the diagnosis of the sending institution was registered in 65.5-74.4% of patients in different years: 58.2% of them were diagnosed with somatic diseases; the rest had infectious diseases of non-ersiniosis etiology. After a comprehensive examination, 295 patients were selected for dynamic observation: 206 (69.8%) with yersiniosis and 89 (30.2%) with pseudotuberculosis. Most patients (87.1%) were aged 19-45 years, men - 67.1%.

Research findings: In 7.5% of patients, none of the methods used allowed us to verify the clinical diagnosis, which can be explained by the timing of the examination (more than 3 years from the debut of the disease). However, the typical clinical picture and the presence of specific antibodies in the history allowed us to include these patients in the development. Pseudotuberculosis caused a strain of serotype I. The causative agent of yersiniosis in 79.4% of patients was a 0: 3 serotype strain, and a 0: 9 serotype strain was 6 times less likely. All other variants of serotypes of U. tetracosynthica were extremely rare (7.6%).

The vast majority of patients (69.5%) had a combined chronic pathology of the gastrointestinal tract and biliary tract, ENT organs, genitourinary system, musculoskeletal system, cardiovascular system and thyroid gland in remission. 62.1% of patients were hospitalized at a later date: 28.5% - on the 6-10th day from the onset of the disease, 34% - after 10 days from the onset of the disease.

Conclusion: The generalized and secondary focal form of pseudotuberculosis and yersiniosis do not have symptom complexes that allow in the acute period to predict the course of the disease. The severity and duration of clinical manifestations are not early objective criteria for predicting the outcome of an infectious process.

INDICATORS OF BLOOD IN PATIENTS WITH HEAVY FORM OF ACUTE VIRAL HEPATITIS A

*Oripova Zh.N.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Viral hepatitis A is an acute inflammatory liver disease resulting from infection with hepatitis A virus (HAV). The virus belongs to the group of picornaviruses and is usually transmitted by the enteral route, causes large outbreaks and remains; the world is a serious medical and social problem.

Severe course of viral hepatitis A with acute "liver failure; denotes a rapidly developing dysfunction of the synthetic ability of the liver; combined with severe coagulopathy¹ and with hepatic encephalopathy due to massive necrosis of the liver, which developed within 8 weeks after the appearance of jaundice.

The purpose of the study: to determine the indicators of endogenous intoxication in patients with severe hepatitis A and evaluate the therapeutic efficacy of the Hepa-Merz drug.

Materials and methods of research: To study blood counts in patients with severe acute viral hepatitis A.

Research findings: Viral hepatitis A retains its classic course with the development of severe forms of the disease in 0.69% of all cases characterized by the presence of acute hepatic encephalopathy with the addition of hemorrhagic and hepatorenal syndromes. In 67.2% of patients with severe viral hepatitis A, cholestasis with marked hyperbilirubinemia ($187.5 \pm 12.9 \mu\text{mol} / \text{L}$) and a significant increase in alkaline phosphatase ($280.7 \pm 9.5 \text{ ME}$) are noted against a background of severe cytolytic syndrome.

In patients with severe viral hepatitis A, there is a decrease in the binding capacity of serum albumin molecules: ECA, OKA, ECA / OKA and an increase in IT, an inverse correlation is revealed between these indicators.

The inclusion of the Hepa-Merz preparation in the complex therapy of patients with severe acute viral hepatitis A helps to improve the nature of the pathological process and is accompanied by an increase in ECA, OCA, ECA / OCA and a decrease in IT.

Conclusion: The use of the Hepa-Merz preparation in the complex therapy of patients with severe acute hepatitis A leads to a decrease in the duration of clinical manifestations, a reduction in the normalization of laboratory parameters, the length of hospital stay of patients and a decrease in mortality by more than one and a half times.

ASSESSMENT OF POST OPERATIVE WOUND HEALING IN DIABETIC PATIENTS AFTER EXTRACTION

Rakhmatullayeva O.U., Sofiyeva N.B., Batirov B.A.

Introduction. Diabetes is a common metabolic disorder characterised by an inability to regulate blood glucose due to insulin deficiency or resistance. Type 1 diabetes or insulin dependent diabetes is characterised by deficient insulin production whereas type II or non-insulin dependent diabetes results from relative insulin deficiency and tissue insulin resistance. Traditionally in dentistry, diabetics are considered to have increased healing problems related to dental extractions, periodontal surgery and wearing ill-fitting dentures. They are also considered more likely to have infections. Although this may be so for poorly controlled Type 1 diabetics, there is only unreliable support for this view for Type 2 diabetics on oral hypoglycemics.

NORMAL HEALING PROCESS

There are 5 stages of healing of the extraction socket:

Stage 1- Hematoma and clot formation

Stage 2- Granulation tissue formation

Stage 3- Replacement of granulation tissue by connective tissue

Stage 4- Replacement of connective tissue by fibrillar coarse bone

Stage 5- Replacement of immature fibrillar coarse bone by mature bone

Factors that affect healing of sockets after extraction

1) Smoking: Smoking decreases extraction socket wound recovery. It decreases the blood supply to that area and brings toxic products to the area.

2) Alcohol consumption: Alcohol causes delay in the healing process. Alcohol consumption should be avoided by the patient few days after the tooth removal.

3) Diet of the patient: Protein, vitamins and minerals deficiency slows down the healing process.

4) General health of the patient: In cases of patients with diabetes, anemia, ischemia etc, the healing of the extraction socket will take place slowly than a normal healthy person.

5) Age: Healing is faster in young but is normal in old age unless associated with diabetes or ischemia.

6) Use of birth control pills: If a woman is taking birth control pills and gets her tooth extracted, then the chances of dry socket are more due to high level of estrogens. Dry socket delays the healing process.

7) Infection: In cases of infection like that in dry socket, delayed secondary healing occurs and it takes longer time for healing than the normal extraction socket healing.

8) Oral hygiene maintenance: After the tooth extraction, the socket area should be kept clean. If there are food deposits around the socket, it will take longer time to heal. It is advised to maintain a good oral hygiene after the tooth removal, eat from the other side of the socket and keep the socket clean.

9) Medicaments: Certain medicaments like corticosteroids delay the healing process of the socket.

Purpose and objectives. The purpose of this study is to determine the differences in delayed healing after tooth extraction in insulin-dependent diabetics compared to patients without diabetes .

Oral manifestations in diabetic patients

Several soft tissue abnormalities have been reported to be associated with diabetes mellitus in the oral cavity. These complications include periodontal diseases (periodontitis and gingivitis); salivary dysfunction leading to a reduction in salivary flow and changes in saliva composition, and taste dysfunction. Oral fungal and bacterial infections have also been reported in patients with diabetes. There are also reports of oral mucosa lesions in the form of stomatitis, geographic tongue, benign migratory

glossitis, fissured tongue, traumatic ulcer, lichen planus, lichenoid reaction and angular cheilitis. In addition, delayed mucosal wound healing, mucosal neuro-sensory disorders, dental caries and tooth loss has been reported in patients with diabetes. The prevalence and the chance of developing oral mucosal lesions were found to be higher in patients with diabetes compared to healthy controls.

Instructions to be followed by the patient after extraction

In most cases, the recovery period lasts only a few days. The following practices will help the patient speed recovery. Painkillers to be taken that has been prescribed by the dentist or oral surgeon. An ice or cold pack can be applied to the outside of your mouth to help relieve pain and swelling. After 24 hours, the patient should rinse the mouth gently with warm salt water several times a day to reduce swelling and relieve pain. Change of gauze pads before they become soaked with blood. To Relax after surgery, physical activity may increase bleeding. Avoid smoking. To Eat soft foods, such as gelatin, pudding, or a thin soup. Gradually add solid foods to the diet as healing progresses. To not lie flat, this may prolong bleeding. Avoid rubbing the area with tongue

Commonly seen complications after extraction

Postoperative complications included the following signs and symptoms: edema; erythema; alveolar bone exposure; halitosis; trismus; fever; cellulitis; Ludwig's angina; loss of appetite; malaise; itching; moderate pain and unpleasant taste. It has been established in scientific literature that patients with diabetes have a greater predisposition to oral complications and that oral infections may compromise their metabolic control. There is scant clinical evidence of a relationship between diabetes and an increased risk of infection after dental extractions.

Materials and methods. The aim of this study is to evaluate clinical healing after dental extraction and the occurrence of surgical complications in patients with type 1 and 2 diabetes and compare with non-diabetic patients. According to the literature, the dental alveolus is filled with blood clot and fibrin at 3 days after dental extraction; on postoperative day 7, the alveolus is filled with granulation tissue; on postoperative day 21, wound epithelialization is complete; and on postoperative day 60, alveolar bone formation can be observed on a dental radiographic image. Delayed wound healing was defined as a delay in any of the aforementioned events. [9] 30 patients had been observed after taking into account of the diabetic ranges and been called for review on day 3,7,21 of their post extraction.

Results. 30 diabetic patients had been recalled and their complications had been taken into account. On day 3 after extraction, many patients had complaints of burning sensation in the area of the extracted tooth. A few patients has also felt pain and swelling on the area of the tooth extracted. On day 7 of extraction, many patients had complaints of bony flakes. Patients had also reported with allergic reaction towards antibiotics dosage. On day 21 after extraction, patients had complaint of dry socket.

Discussion. Patient with blood sugar level ranging from 170 mgdl to 220 mgdl have major complications of pain and swelling around the extracted tooth area. These patients are considered to be at the mild level of hypoglycaemia and hyperglycaemia. The major complication evaluated in patients with their post prandial blood sugar level around 220 to 250 mgdl have burning sensation in the surrounding alveolus and the respective arch. Such complication postpones the wound healing in diabetic patients. This condition also involves a concurrent methodology for isolating the adverse reaction of antibiotics that complexes the burning susceptibility.

Conclusions. The traditional view that diabetics have increased delayed healing is not truly supported. Diabetics on oral hypoglycaemics should be treated the same as non-diabetic patients for extractions. These observations suggest that in uncontrolled, insulin-dependent diabetes; the formation of the collagenous framework in the tooth extraction socket is inhibited, resulting in delayed healing and increased alveolar destruction. Patients should be advised to have proper diet and make sure to have a controlled level of glucose and prevent oral complications.

PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS BEFORE VISITING A DENTISTRY

*Raximov Dilmurod Adiljanovich
Andijan State Medical Institute*

The relevance of research. In modern society, thousands of people experience panic fear, one has only to hear the sound of a dental drill or mention a dentist. The most common causes that cause people to experience dentophobia are: negative experience of treatment in the past, fear of pain, an increased feeling of anxiety, a sense of shame about the state of their teeth, increased sensitivity of teeth, fear of injections. A visit to the dentist, especially to the therapist and surgeon, is one of the most prominent examples of emotional stress.

Purpose of the study. assessment of the psycho-emotional state of patients in anticipation and during a visit to the dentist-therapist.

Object, scope and research methods. A special questionnaire was developed to achieve the goal and objectives, which includes the Korach scale of dental anxiety. A total of 142 patients were examined who applied to the dentist.

Results. As a result of the study, a different level of dentophobia was revealed depending on the situation, gender and age. Before visiting the dentist, the level of dentophobia in women is 8.93 points, in men 8.69 points. When analyzing depending on age, it was revealed that the level of dentophobia in women aged 20 to 40 years is higher than in men of the same age. Women from 20 to 40 years old have a dentophobia level of 8.52 points, while men have 8.54 points. For women from 40 to 60 years, the level of dentophobia is 9.18 points, for men of the same age, the level of dentophobia is 8.35 points. In women from 60 to 80 years, the level of dentophobia is 9.5 points, and in men it is 8.28 points.

Findings . As a result of the study, it was revealed that the average level of dentophobia is present in almost all patients before the dental therapeutic technique. Ways to overcome dentophobia are the need to better inform patients with the achievements of modern dentistry, which include the latest equipment, widespread use of anesthesia and the availability of highly qualified medical personnel. And about the need to visit the dentist for preventive purposes, to assist in the initial stage of caries treatment in order to prevent the transition of its development and more painful complications.

THE ROLE OF HEMOGLOBIN DISORDERS IN THE PROGRESSION OF CHRONIC PERIODONTITIS

*Raximov Dilmurod Adiljanovich
Andijan State Medical Institute*

The relevance of research. An important role in the pathogenesis of periodontitis is assigned to membrane-destructive processes, leading to the accumulation of toxic products of lipid peroxidation and free radicals, invariably entering the bloodstream. One of the first targets of the membrane-destabilizing action of these toxins are blood cells, in particular, red blood cells. Structural destabilization of their membranes leads to a change in the structure of hemoglobin and, as a result, inhibition of functional activity, which is often one of the mechanisms for the development of tissue hypoxia and aggravating the course of the main pathological process.

Purpose of the study. Determination of the role of hemoglobin disorders in the progression of chronic periodontitis.

Object, scope and research methods. The work was based on clinical studies in 35 patients (12 men and 23 women) of chronic generalized periodontitis of various degrees of severity between the ages of 30 and 50 years old with a disease duration of 3 to 15 years, which were treated in the Andijan dental clinic. The subjects were distributed according to the severity of the disease into three groups comparable in age and sex composition. Patients received traditional local and general anti-inflammatory therapy. During the treatment and in the control periods (5th and 10th day), all patients underwent general clinical, biochemical studies, as well as methods of functional diagnostics. The focus of research in this work is on the study of the structural and functional state of hemoglobin.

Results. Studies have shown that patients with chronic generalized periodontitis show significant changes in the structural and functional state of hemoglobin, manifested as an increase in the relative amount of oxyhemoglobin in erythrocytes by 20.0-29.1% ($p < 0.05$). Correlation analysis showed that changes in the indicators of the structural and functional state of hemoglobin are associated with the severity of periodontitis, the maximum values of the detected changes were recorded in patients with severe periodontitis.

Findings . In patients with chronic generalized periodontitis, changes in the structural and functional state of hemoglobin are noted, which are associated with the severity of the disease, which determines the possibility of their use as prognostic criteria for the disease.

COGNITIVE DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC SECONDARY BRAIN ISCHEMIA

*Rustamova I.K., Abbosova I.A., Gafurov M.E.
Andijan State of Medical Institute*

Currently, there is an increase in cerebrovascular diseases, which is associated with an increase in average life expectancy in most developed countries and a deterioration of the environmental situation. In neurological status, pyramidal, cerebellar disorders are detected. Disability and social adaptation are decreased. At the third stage, the symptoms characteristic of the first and second stages are aggravated, cognitive disorders become pronounced before dementia. Cognitive functions are the most complex functions of the brain, with the help of which the process of rational cognition of the world is carried out and its purposeful interaction is ensured: perception of information; processing and analysis of information; memorization and storage; exchange of information, the construction and implementation of an action program

The purpose of the study: The study of cognitive impairment and the assessment of the quality of life in patients with chronic cerebral ischemia of the second stage.

Material and methods of research: 40 patients who were treated at the Clinics of the ASMI were examined using the selective research method. For a comprehensive screening assessment of cognitive impairment and quality of life, the MoCa test, the SF 36 questionnaire, the Barthel scale and the frontal dysfunction battery test. The average age of patients was 63.6 ± 9.7 .

Research findings: In the clinical picture, vestibulo-cerebellar disorders prevailed (72.5% of the subjects). In 13.5% of cases, asthenoneurotic syndrome occurred. Normal indicators of cognitive abilities (equal to and more than 25 points) were found in 84% of patients, in 16% of patients the average score was 24 ± 0 , which corresponds to mild dementia (range 21-24 points). The average score on the MoCa scale was 26.2 ± 2.5 , while in 21% of the respondents the score was below 26, which corresponds to a cognitive decline. However, it should be noted that among the above 21% of those surveyed with a low score on the MoCa scale, 72% had a high score on the MMSE scale. Moreover, in patients with moderate frontal dysfunction, the average score on the MMSE scale was 26.8 ± 1.9 . According to the Barthel scale, the average score was 89.4 ± 3.5 . Only 3.5% of the respondents partially needed constant assistance. The quality of life of patients was assessed using the SF 36 questionnaire on 8 points. For convenience, the results were divided into two groups: from 0 to 60% includes low, low and average indicators of quality of life, from 61 to 100% increased and high indicators of quality of life. According to the item, physical functioning in the first group of 46.5% of patients with an average score of 41.4 ± 13.8 , in the second - 53.5% with an average score of 85.0 ± 11.9 . For the item, role-based functioning due to physical condition in the first group 69% of respondents with an average score of 15.1 ± 18.5 , in the second group 31% with an average score of 94.3 ± 11.9 . According to the item, the general state of health in the first group is 72%, in the second group 28%. According to the item, life activity in the first group 61.5%, in the second - 38.5%. Under the item, social functioning in the first group of 35.5% of respondents, in the second - 64.5%. Under the item, role-based functioning due to the emotional state, in the first group 48.5%, in the second group 51.5%. And on the item, mental health in the first group 51.5%, in the second group 48.5% of patients.

Conclusions: All in all, chronic cerebral ischemia of the second stage is an intermediate link between the initial changes in the brain with complaints of a subjective nature and pronounced focal neurological symptoms with obvious cognitive deficit. The quality of life in patients with chronic cerebral ischemia suffers to one degree or another. The physical component of health is more affected than the mental component.

MIGREN KASALLIGIDA RIZOPTAN DORISINING SAMARADORLIGI

*Rustamova I.K., Kasimova S.A., Foziljonov R.H.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Kirish. Migren bosh og'rig'ining eng keng tarqalgan shakllaridan biridir [1]. Yosh, mehnatga layoqatli odamlarda migrenning yuqori darajada tarqalishi, bemorlarning hayot sifatining pasayishi bilan bog'liq ijtimoiy-iqtisodiy oqibatlar, shuningdek diagnostika va davolashdagi qiyinchiliklar ushbu muammoga katta qiziqish uyg'otmoqda. Bir nechta tadqiqot natijalari migren huruji davomida va undan keyin hayot sifatiga ta'sir qilishini ko'rsatmoqda. Migren huruji va hayot sifatining pasayishi epizodlari orasida bog'liqlik aniqlangan[2].

Maqsad: Migren bilan kasallangan bemorlarda rizatriptan (RIZOPTAN) samaradorligi va xavfsizligini baholash.

Tadqiqot ob'yekti va usullari. Tadqiqot ob'yekti sifatida Andijon davlat tibbiyot instituti nevrologiya bo'limiga statsionar va ambulator ravishda davolanish uchun murojaat qilgan 99 nafar migren bilan og'rigan bemorlar olindi. Migren diagnozi 3-xalqaro bosh og'rig'i kasalliklari klassifikatsiyasi (International Headache Classification III) mazonlariga binoan tashxislandi[1]. Tadqiqot bemorlarning barchasidan og'zaki rozilik olingan holda olib borildi. Bemorlar rizatriptan (RIZOPTAN), triptan bo'lmagan standart davolash dorilari va platsebo guruhlariga tasodifiy ajratib olindi. Bemorlarda bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, fonofobiya, fotofobiya va allodiniya belgilari uchrash darajasi qayd etildi. So'ngra dori-darmonlarni qabul qilishdan 2 soat keyin bosh og'rig'i kundaligi va 24 soat ichida bosh og'rig'i qaytarilishi ham qayd etildi. Birlamchi yakuniy natija 2 soatdan so'ng og'riqni kamaytirish darajasiga qarab qabul qilindi. Ikkinchi yakuniy natija 24 soatdan so'ng og'riq va yondosh belgilardan xolos bo'lishga ko'ra belgilandi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotda 66 nafar migren tashhisli bemorlar qatnashdi. Kasallarning 69.7% (46 nafar) ni ayollar, 30.3% (20 nafar) erkaklar tashkil qildi. Tasodifiy tanlash orqali 36 nafar bemor rizatriptan, 30 nafar bemor triptan bo'lmagan standart davolovchi preparatlar va 53 nafar bemor platsebo qabul qildi. Bemorlarning yoshi 16 dan 58 gacha (o'rtacha 30,5 yosh). Hamma bemorlarga aurasiz migren tashhisi qo'yildi. Og'riqlar davomiyligi 6 - 260 (o'rtacha 63,2) oy orasida edi. Ikki soatdan so'ng natijalar tahlil etilganda, bosh og'rig'i sezilarli kamayishi rizatriptanda 28 nafar bemorda (77.8 %) qayd etilgan. Triptan bo'lmagan standart davolash preparatlaridan 17 nafar bemorda (51.5%) va 1 nafar (3.3 %) platsebo guruhidagi bemorda kuzatildi. Bosh og'rig'idani butunlay xolos bo'lish rizatriptanda 15 nafar bemorda (41.7%) da erishildi. 9 nafar bemorda (27,3%) triptan bo'lmagan standart davolash preparatlari va 1 nafar 3.3% platsebo guruhidagi bemorda hurujlar butunlay bartaraf etildi. Yondosh klinik belgilar ham rizatriptan va triptan bo'lmagan standart davolash preparatlari guruhlarida sezilarli darajada kamaydi. Ammo platsebo guruhida bosh og'rig'i va boshqa klinik belgilar 2 soat ichida sezilarli darajada kamaymadi. Yigirma to'rt soatdan so'ng bosh og'rig'i hurujining qaytalanishi 2 soatda dori preparatiga javob bergan bemorlarda rizatriptanda 3 nafar (8,33%), triptan bo'lmagan standart davolash preparatlarida 3 nafar (9.09%) va platseboda 1 nafar (3.33%) bemorda kuzatildi.

Xulosa. Bizning tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, rizatriptan va triptan bo'lmagan standart davolash preparatlari platseboga nisbatan migren hurujlarini davolashda qabul qilingandan so'ng dastlabki 2 soat ichida yuqori afzallikka ega. Avval o'tkazilgan tadqiqotlarda rizatriptan 10 mg platsebodan ustunligi isbotlangan edi [18]. Rizatriptanning samaradorligi o'tkazilgan tadqiqotlarda bosh og'rig'ini 52% dan 73% gacha kamaytirishi xabar qilingan. 2 soatdan so'ng migren hurujlarida og'riqni butunlay yo'qolishi 26% dan 49% gacha ekanligi yoritilgan.

THE RELATIONSHIP BETWEEN METABOLIC DISORDERS OF CATECHOLAMINES AND PRIMARY INFLAMMATORY MEDIATORS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

*Shamsiddinova A.S., Kosimov I.S., Usmanova D.N.
Andijan state medical institute*

The aim of the research is to improve the methods of studying the functional state of the sympatho-adrenal system (SAS) and primary inflammatory mediators as well as their relationship in patients with acute coronary syndrome (ACS).

The tasks of the research are: studying and evaluating the peculiarities of the violation of the content of catecholamines (CA) – adrenaline, noradrenaline, dopamine and the precursor of CA – DOPA in daily urinary excretion in patients with ACS; determining and assessing comparatively the peculiarities of changes in the key enzyme of CA metabolism – monoamine oxidase (MAO) in the serum of patients with ACS; determining and assessing comparatively the content of pro-inflammatory interleukins IL-6, TNF- α , anti-inflammatory interleukin IL-10, as well as a non-specific marker of inflammation – high sensitivity C-reactive protein (CRP) in the serum of patients with ACS; determining and assessing the content of the predictor of early myocardial protein damage – plasma – A (PAPP-A) and the predictor of an adverse prognosis of cerebral sodium-uretic peptide NT-pro BNP in the serum of patients with ACS; studying and assessing the features of interrelationships between metabolic disorders of CA, primary inflammatory mediators, predictor of early myocardial damage of plasma protein – A (PAPP-A), predictor of adverse outcome of cerebral sodium-uretic peptide NT-pro BNP in patients with ACS; working out recommendations for optimizing the early diagnosis and treatment of ACS.

The object of the research was 149 patients with ACS aged 26-79 years.

Scientific novelty of the research is as follows: The interrelationships of the main pathogenetic (neurohumoral, adrenergic, immune-inflammatory) mechanisms of ACS development in the formation and progression of the disease have been substantiated; We have found a significant increase in the activity of SAS, accompanied by a decrease in the level of MAO associated with a sharp increase in the activity of lipid peroxidation, which qualitatively modifies the catalytic properties of the enzyme; An increase in plasma protein level – A (PAPP-A) has been proven, which is a predictor of early myocardial damage detected earlier than cardiospecific markers; We have proved that the cerebral sodium-uretic peptide NT-pro BNP is a predictor of an adverse prognosis of the disease in patients with ACS.

Implementation of the research results: Based on the obtained scientific results on the development of new approaches to the early detection of neurohumoral and immune-inflammatory disorders in ACS: the methodological recommendation entitled "A new approach to the early diagnosis of acute coronary syndromes" was introduced (Certificate No.8 n-r/1377 of the Ministry

of Health of the Republic of Uzbekistan as of January 27, 2018). The proposed recommendations have provided an opportunity to study the relationship between the metabolic disorders of CA, primary inflammatory mediators and adverse prognosis markers of the disease in patients with ACS, have allowed optimizing active therapeutic and preventive measures at an early stage of ACS development. The obtained scientific results of the dissertation on improving the quality of diagnosis and treatment of patients with ACS were implemented in practical activities of the Cardiology Departments of Andijan Medical Institute, Emergency Cardiology Departments of Andijan branch of the RSCEMA, Cardiology Department of Andijan Regional Diversified Medical Centre (Certificate No.8 n-d/284 of the Ministry of Health as of December 28, 2018). The obtained results of the study have allowed increasing the indicators of early diagnosis of ACS, reduce the time of stay of patients in resuscitation units, and reduce the incidence of deaths.

ATHEROSCLEROSIS

Shamsiddinova A.S., Abdulkhamidov.A.A
Andizhan State Medical Institute

Atherosclerosis is a narrowing of the arteries that can significantly reduce the blood supply to vital organs such as the heart, brain and intestines. In atherosclerosis, the arteries are narrowed when fatty deposits called plaques build up inside. Plaques typically contain cholesterol from low-density lipoproteins (LDL), smooth-muscle cells and fibrous tissue, and sometimes calcium.

Pathogenesis. The metabolism of LDL and HDL intersects in the production and control of fatty streaks and potential plaques in blood vessels. Damage to the endothelium may be related to many factors, including normal turbulence of the blood, elevated LDL, especially modified or oxidized LDL, free radicals from cigarette smoking, homocystinemia diabetes (glycation of LDL), and hypertension. The atherosclerotic lesion represents an inflammatory response sharing several characteristics with granuloma formation, and not simple deposition of cholesterol in the blood vessel. Endothelial dysfunction increases adhesiveness and permeability of the endothelium for platelets and leukocytes. Infiltrations involve monocytes and T cells. Damaged endothelium has procoagulant rather than anticoagulant properties. In some cases, the endothelial lining may become partially denuded. Local inflammation recruits monocytes and macrophages with subsequent production of reactive oxygen species. LDL can become oxidized and then taken up, along with other inflammatory debris, by macrophages, which can become laden with cholesterol (foam cells). Initially the subendothelial accumulation of cholesterol-laden macrophages produces fatty streaks. As the fatty streak enlarges over time, necrotic tissue and free lipid accumulates, surrounded by epithelioid cells and eventually smooth muscle cells, an advanced plaque with a fibrous cap. The plaque eventually begins to occlude the blood vessel, causing ischemia and infarction in the heart, brain, or extremities. Eventually the fibrous cap may thin, and the plaque becomes unstable, leading to rupture and thrombosis. HDL may be protective by picking up accumulating cholesterol before the advanced lesion forms. ApoA-1 activates LCAT, which in turn adds a fatty acid to cholesterol to produce a cholesterol ester that dissolves in the core of the HDL. The HDL may subsequently be picked up by the liver through the apoE receptor or deliver cholesterol through the scavenger receptor SR-B1 (reverse cholesterol transport from the periphery to the liver). The HDL may also transfer the cholesterol to an IDL, reforming a normal, unoxidized LDL particle.

Role of Vitamin E. The oxidation of LDL at sites of endothelial damage is thought to be a major stimulus for uptake by macrophages. Some studies have shown a protective role of vitamin E in this process. Vitamin E is a lipid-soluble vitamin that acts as an antioxidant in the lipid phase. In addition to protecting LDL from oxidation, vitamin E may also prevent peroxidation of membrane lipids. Vitamins C and A lack this protective effect despite their antioxidant properties.

Types of atherosclerosis. Atherosclerosis occurs when fat, cholesterol, and calcium harden in your arteries. Atherosclerosis can occur in an artery anywhere in your body, including your heart, legs, and kidneys.

Other types of atherosclerosis are: *Coronary Artery Disease, Carotid Artery Disease, Peripheral Artery Disease, Kidney Disease*

Causes and Risk factors. Atherosclerosis can begin during childhood and progress slowly into adulthood. The following can damage the artery walls or promote plaque formation:

High cholesterol, High fat, [High blood pressure](#), Smoking, Inflammation, Family history.

Symptoms. Atherosclerosis may not produce symptoms until it is at an advanced stage, at which time medical attention is needed. Symptoms vary depending on the affected artery.

Coronary arteries, Carotid arteries, Peripheral arteries, Renal arteries

Diagnosing atherosclerosis. Those who are at risk of developing atherosclerosis should be tested, as the symptoms don't show until cardiovascular disease develops. A diagnosis will be based on the medical history of a patient, test results and a physical exam. CT or X-Ray / Ultrasound scan.

Treatment. There may be two types of treatments depending on the severity of atherosclerosis, it may include:

Medication- It can help prevent atherosclerosis from worsening. Medications may include:

- Cholesterol-lowering medications, including statins and fibric acid derivatives
- Antiplatelet drugs and anticoagulants, such as aspirin, to prevent blood from clotting and clogging your arteries
- Beta blockers or calcium channel blockers to lower your blood pressure
- Diuretics, or water pills, to help lower your blood pressure
- [Angiotensin](#) converting enzyme (ACE) inhibitors, which help prevent narrowing of your arteries
- Surgery-In some cases, surgery may be necessary if symptoms are especially severe, or if muscle or skin tissue are endangered.

Possible surgeries for treating atherosclerosis include:

- [Bypass surgery](#)-Which involves using a vessel from somewhere else in the patient's body or a synthetic tube to divert blood around the blocked or narrowed artery
- [Thrombolytic therapy](#)-Which involves dissolving a blood clot by injecting a drug into the affected artery
- Angioplasty-Which involves using a thin, flexible tube called a catheter and a balloon to expand the artery, sometimes inserting a stent to leave the artery open

- Endarterectomy-Which involves surgically removing fatty deposits from the artery
- Atherectomy-Which involves removing plaque from your arteries by using a catheter with sharp blade at one end

Nonmedical Treatment and Prevention

Lifestyle changes can help to prevent as well as treat atherosclerosis. Unless your atherosclerosis is severe, your doctor may recommend lifestyle changes as the first line of treatment. Lifestyle changes include: eating a healthy diet that's low in saturated fat and cholesterol, avoiding fatty foods, adding fish to your diet twice per week, exercising for 30 to 60 minutes per day, six days per week, quitting smoking if you're a smoker, losing weight if you're overweight or obese, managing stress, treating conditions associated with atherosclerosis, such as hypertension, high cholesterol, and diabetes.

Conclusion: The best way to prevent atherosclerosis is by staying physically active, maintaining a healthy weight, and making smart food choices – that is, eating plenty of fruits and vegetables and avoiding foods high in cholesterol, fat and salt. It is also important to avoid smoking and stress-inducing activities.

VEGETO-VASCULAR DISORDERS IN DEPRESSIVE PATIENTS

Sodikova D.T.

Andijan State Medical Institute

Relevance: Actual directions in the study of this problem are the study of the mechanisms of vegetovascular disorders of patients with depression, clinical features and differential diagnosis of somatized depression in cardiology practice: the treatment of depressive disorders in patients with cardiovascular diseases. Depression initiates specific pathophysiological mechanisms that dramatically affect the state of the cardiovascular system.

Activation of the sympathoadrenal system in depression causes a decrease in heart rate variability, arterial hypertension, increased coagulation and weakened fibrinolysis. Suppression of the activity of the serotonergic system contributes to thrombosis due to increased platelet aggregation and decreased fibrinolysis, as well as the development of coronary spasm. These data explain the cause of higher mortality rates in patients with depression. It is known that, despite the clinical and social significance of depressive disorders in patients with vegetovascular vascular pathology, 50% of these disorders are not diagnosed and therefore not treated. All of the above indicates the need for further study of the features of depressive disorders in CVD patients.

The purpose of this study is to study the clinical specificity of vegetovascular disorders in patients with depression.

Material and methods: Investigations to solve the assigned tasks were carried out examined 48 patients (m - 28 - 58.3%, w - 20 - 41.7%), was hospitalized in the cardiology department of the ASMI clinic.

The results of the study: Inclusion criteria in the study: patients (men and women over 18 years old) with vegetovascular disorders. The picture of the disease began to dominate emotionally - hyperesthetic disorders - tearfulness, touchiness, deterioration in cognitive functions. Patients presented an abundance of asthenic complaints (physical weakness, headaches, memory impairment, and concentration of attention). Clinical follow-up study of patients with vegetovascular disorders made it possible to identify their somatogenic depression - organic and symptomatic (20%) - in a patient with chronic coronary artery disease, as well as in patients with concomitant pathology (hypertension, endocrinopathy). Symptomatic depressions are formed according to the same laws as organic ones: they debut when the condition worsens and reduce as the symptoms of somatic disease reverse. The clinical picture of psycho-vegetative disorders complicating somatic disease often takes the form of asthenic depression with hyperesthesia, irritable weakness, increased exhaustion, weak-heartedness, and tearfulness. Along with this, psychomotor retardation, weak attention span with distraction, forgetfulness, inability to concentrate, as well as pronounced vegetovascular manifestations - complaints of noise and ringing in the ears, headaches, dizziness, can be observed. The combination of depression with somatic disease complicates the process of diagnosis and therapy and negatively affects the course and prognosis of both mental and somatic diseases. Psychogenic depressions - reactive depression (60%), mainly nosogenic (a personal reaction to a newly diagnosed disease), less often - associated with exposure to psycho-traumatic factors of a socially stressful nature.

Conclusion: Cardiac drugs reduce pain, but do not completely relieve it and do not affect the mental state of patients. After the appointment of antidepressants, the state of 30 (62.5%) patients improved.

ALARM-PHOBIC CONDITION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Sodikova D.T.

Andijan State Medical Institute

Relevance: The clinical picture of anxiety disorders consists of mental symptoms, the most common of which are anxiety, anxiety "in the details", a feeling of tension and stiffness. They are also characterized by somatic manifestations, caused mainly by increased activity of the sympathetic department of the autonomic nervous system. The combination of mental and somatic symptoms is not accidental.

Anxiety is known to everyone. Many experience it daily. Anxiety is a signal of threatening changes in the body or the outside world. Anxiety is the most common of the mental disorders in the general medical network.

The purpose of the study was to identify the characteristics of anxiety symptoms in the clinic of vegetative-vascular disorders. Vegetative-vascular disorders are combined with coronary pathology more often than with a number of other diseases. According to the literature, anxiety occurs on average in 28% of patients with vegetative-vascular disorders. The combination of these diseases worsens the clinical and social prognosis of each of them.

Research findings: At the ASMI clinic in the therapeutic department, 40 patients were examined, from 30 to 60 years old, of whom 18 were women (45%), 22 men (55%). Among the patients, 2 groups were distinguished: I-control group in which 22 people (13 women and 9 men) used psychotropic drugs during treatment.

Group II - 18 people (5 women and 13 men) in the treatment of which symptomatic treatment was used, without the inclusion of psychotropic drugs.

In the control group, the effect was observed a week after the use of psychotropic drugs.

Improvement in group 2 was observed only after 3 weeks (inpatient-1 week, outpatient - 2 weeks) and only in 30% (6 patients - 4 women and 2 men)

In the group of these patients, the following disorders were noted: frequent headaches, nausea, vomiting, pain in the heart. Anxiety is a feeling of tension, expectation, discomfort, the first objective signs (rapid breathing, muscle dressing, trembling, etc.). Second psycho-vegetative signs: decreased mood, palpitations, sweating, dizziness, shortness of breath, mood swings.

This symptomatology occurred during physical and psycho-emotional stress, with exacerbation of chronic diseases.

All observed patients turned to general practitioners, where they were treated with vegetative-vascular disorders. All patients complained of poor sleep, increased irritability, decreased mood, anxiety, phobias, decreased performance, and loss of interest.

After prescribing even small doses of psychotropic drugs (antidepressants, in particular fevarin and tranquilizers, in particular atarax), the condition of 27 (67.5%) patients improved in the first week, anxiety disappeared. In this regard, it is advisable to use psychotropic drugs in therapeutic practice.

Conclusion: Patients with anxiety-depressive disorders should be prescribed antidepressants with a pronounced anxiolytic effect. Currently, the most commonly used drugs are the group of selective serotonin reuptake inhibitors (paroxetine, citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, sertraline). It should be noted that not all drugs from the group of selective serotonin reuptake inhibitors show equal efficacy against anxiety disorders. Based on this, balanced-acting preparations are optimal.

These include paroxetine. It is gratifying to note that in the practice of Russian doctors, paroxetine finally appeared in the form of Rexetin (manufactured by the Hungarian company Gideon Richter), which has high clinical efficacy and an optimal quality / cost ratio.

Many years of experience using paroxetine showed its high anti-anxiety activity even in cases when frequent and intense panic attacks are recorded in the clinical picture.

It has been clinically proven that long-term use does not lead to a significant change in the social activity of patients and does not require professional restrictions.

DENTAL RISK FACTORS FOR THE RISK OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN PATIENTS VIRAL INFECTIONS

Sorokina A.A.¹, Salakhov A.K.², Losev F.F.¹, Bogomolov B.P.¹, Kravchenko I.E.²

¹ *National Medical Research Center of Dentistry and Maxillofacial surgery, Moscow, Russia*

² *Kazan State Medical University, Russia*

Relevance. It is known that acute respiratory viral infection outbreaks are accompanied with a dramatic increase in number of people who seek medical advice on heart and blood vessels diseases, respiratory organs, nervous system and others. Epidemic seriousness correlates to the rising mortality rate due to somatic illnesses, among which circulatory diseases are in the first place (CHD, myocardial infarction, hypertensive disease, cerebral crises, thromboembolisms and others). There was a planned hospital bed capacity enhancement for examination and treatment of somatic patients during such outbreaks in the Soviet period. The number of beds increased, which directly correlated to previous infections. Nowadays all conditions have been created in Russia (reserve hospitals, an expanded bed capacity) to provide medical care to infectious patients, including during a pandemic.

Our previous studies have shown that the most frequent oral mucosal lesions in patients with acute viral infections are herpes, candida and other gingivostomatitis, which may result in parodontitis without treatment. Loci of chronic odontogenic infection start to form as a source of various somatic illnesses, including cardio-vascular diseases.

Long-term studying experience of the oral cavity lesions in patients with acute viral infections have shown a wide range of post-infectious complications from the cardiovascular system.

The purpose of this study is to indicate the necessity and importance of early diagnosis and treatment of organs and mucous tunic of mouth injuries in infectious patients in relation to the group of cardio-vascular diseases.

Materials and methods. A retrospective analysis of the provision of dental care in multidisciplinary hospitals was conducted for 950 patients (487 men (51.26%) and 463 women (48.74%) aged 16-55 years) with infectious diseases of viral etiology: infections caused by human herpes viruses - 322 (33.89%); acute intestinal infections - 301 (31.68%); viral hepatitis A, B or C - 154 (16.21%); acute respiratory infections - 145 (15.26%) and HIV infection - 28 (2.94%). Disease progression was moderate in 84% of cases and severe in 16%.

Results. Among 950 examined infectious patients, admitted for dental care, young people prevailed (76.8%). All examined had a high prevalence and intensity of caries and periodontal diseases. The need for treatment of periodontal diseases, including orthodontic, with various orthopedic constructions and dental implants amounted to 83.36% of cases. 39.47% of patients in the age group from 20 to 29 years old needed orthodontic treatment. The greatest need for orthopedic treatment was noted in the age group from 30 to 39 years old - over 51.68%.

The mucous tunic of mouth and soft oral tissues lesions were identified in 81.68% of cases, mainly gingivostomatitis (herpes, candidiasis, etc.). A direct dependence of pathological processes in the oral cavity on the severity of an infectious disease has been established.

Conclusion. Dental pathology in infectious diseases is pathogenetically determined by combined and interrelated disruptions in the functional state of each organ of the mouth, dental system and organism as a whole.

Timely and personalized treatment and preventive measures for infectious patients allow improving the diagnosis and treatment of inflammatory oral cavity diseases and avoiding dental caries. This would be an important measure to prevent the hematogenous spread of mouth diseases and avoid infecting cardio-vascular system with oral cavity microorganisms.

Clinical checkup in patients, who had infectious diseases, including examination by a dentist and an infectious disease specialist, must be carried out at least twice a year.

The authors declare no conflict of interest.

CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

Feruza Hoshimovna Sultonova
Andijan state medical institute

Relevance. Glomerulonephritis in children is an acute or chronic inflammation of the renal glomeruli of an infectious-allergic nature. Acute glomerulonephritis in children is characterized by a triad of syndromes: urinary (oliguria, anuria, hematuria, proteinuria), edematous and hypertensive; in chronic forms, one of them or a latent course predominates. The diagnosis of glomerulonephritis in children is based on anamnesis, a characteristic clinical picture, laboratory findings, an ultrasound and a kidney biopsy. In the acute period of glomerulonephritis in children, bed rest, diet, antibiotic therapy, corticosteroids, anticoagulants, diuretics, hypotensive and immunosuppressive drugs are prescribed.

Purpose of the study. To study risk factors, features of the clinical and laboratory picture and the nature of the course of APG in children.

Materials and research methods. The diagnosis of acute primary glomerulonephritis (APG) in 52 examined children was established on the basis of a complex of general clinical, biochemical, immunological, instrumental studies, questioning of parents, and the study of outpatient records of patients.

The results of the study. Risk factors for the development of APG: burdened heredity, chronic foci of infection, helminth infections. The development of GII was preceded by an upper respiratory tract infection in 79% of cases.

The reason for contacting a doctor: the appearance of edema, violation of diuresis, discoloration of urine. Edema was observed in all sick children, pronounced edema was in 32% of children, the duration of edema up to 8-12 days.

An increase in blood pressure was observed in 31.5% of patients, usually from the first days of the disease, reaching an average of 139.5 ± 1.3 mm Hg. systolic and 95.5 ± 0.91 mm Hg. Art. diastolic, lasted 4-7 days in 64%, more than 8 days in 36% of children. Macrohematuria up to 1-7 days occurred in 40 (78%) children, microhematuria was the dominant symptom throughout the disease, and in some patients it persisted up to 2-4 months. Proteinuria was observed in 2/3 of patients, pronounced proteinuria was observed more often in preschool children. In almost half of children with APG, leukocytes were detected in the urine sediment, which, in combination with other dysfunctions of the tubules, oxaluria and urateuria, indicate a tubulointerstitial component of APG. Azotemia was noted in 15.5%, but without an increase in creatinine level. In children with azotemia, hypertension, severe oliguria, and signs of hypercoagulation (increased fibrinogen, prothrombin) were more often observed.

Conclusion. APG can develop after viral and bacterial infections, and not just after angina; develops more often in primary school age; children with hypertension are more likely to have azotemia and signs of hypercoagulation; often observed tubulointerstitial component of APG.

THERAPIES OF CHRONIC HEPATITIS C WITH VIOLATIONS OF LIPID METABOLISM

Tukhtanazarov N.S.
Andijan State Medical Institute

Relevance: Viral hepatitis C is an important problem of modern hepatology in connection with the mass distribution, the defeat of the able-bodied population, high morbidity and chronicity, the formation of cirrhosis and hepatocellular carcinoma. According to WHO, up to 500 million people are infected with HCV in the world.

Currently, hepatitis C is considered to be one of the main etiological factors in the formation of non-alcoholic fatty liver damage (NSPP), which includes the entire spectrum of organ damage - from simple steatosis and steatohepatitis to progressive fibrosis and cirrhosis. It is known that cytotoxic viruses, which include HCV, have a direct hepatocellular damaging effect, which can cause a violation of many biochemical processes in the hepatocyte. Membrane damage is caused by a violation of the lipid bilayer due to the involvement of 'lipids in the processes of peroxidation and exposure to endogenous phospholipases.

The purpose of the study: Studying lipid metabolism disorders in patients with chronic hepatitis C during the exacerbation period and evaluating the therapeutic efficacy of phosphogliv.

Materials and research methods: The nature of lipid metabolism disorders in patients with chronic hepatitis C during the exacerbation period was studied for the first time, depending on the activity of the inflammatory process, the genotype of the virus, and the viral load.

The results of the study: In patients with chronic hepatitis C, a violation of lipid metabolism was established during the exacerbation period. It is characterized by an increase in the content of free fatty acids, triglycerides and total phospholipids, as well as a decrease in total cholesterol. There are violations in the transport system of cholesterol: the level of LDL cholesterol is reduced, the level of VLDL cholesterol is increased with the continued content of HDL cholesterol.

Indicators of lipoproteins vary in proportion to the degree of activity of inflammation: LDL decreases, and cholesterol VLDL and HDL increase. Each HCV genotype is accompanied by its own nature of lipid metabolism disorders during the exacerbation period. The most significant changes occur with the Genotype: a decrease in total cholesterol, an increase in the content of triglycerides and free fatty acids, shifts in the cholesterol transport system. With an increase in viral load, the level of LDL cholesterol decreases and the content of total phospholipids significantly increases.

Conclusion: The inclusion of phosphogliv in the pathogenetic therapy of patients with chronic hepatitis C has led to a significant reduction in the duration and severity of symptoms of intoxication, dyspeptic phenomena, yellowness of the skin and mucous membranes, and acceleration of normalization of liver size. The effect of the drug with high clinical efficacy led to a reduction in the duration of activity of the cytolytic syndrome.

The drug helps to normalize lipid metabolism in patients with chronic hepatitis C: increasing total cholesterol, lowering the content of FFA, TG, stabilizes the levels of HDL cholesterol and cholesterol VLDL, enhances the synthesis of LDL cholesterol. Normalization of lipid metabolism may serve as a criterion for the adequacy of therapy.

STUDYING RESULTS OF HERPESVIRAL INFECTION IN CHILDREN

*Tukhtanazarov N.S.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Infections caused by viruses of the Herpesviridae family are widespread and poorly controlled. A feature of herpes virus infection is the defeat of many organs and systems, ranging from simple mucocutaneous forms to life-threatening generalized.

According to numerous studies, by age 18, more than 90% of people become infected with one or more types of herpes viruses.

Herpes viruses are divided into 3 subfamilies depending on the structure of the genome, the nature of the reproduction of the virus, its molecular immunological characteristics and the type of cells in which the infection process proceeds: α , β and γ . α -herpes viruses, including herpes simplex virus type 1 (HSV1), herpes simplex virus type 2 (HSV2) and varicella zoster virus (VZV), are characterized by rapid virus replication and cytopathic effect on infected cell cultures.

Reproduction of α -herpesviruses occurs in various types of cells, viruses can persist in a latent form, mainly in the ganglia. Herpes simplex virus type 1 causes gingivostomatitis, keratoconjunctivitis, encephalitis; herpes simplex virus type 2 - genital herpes; varicella zoster virus - chicken pox, encephalitis, with reactivation - herpes zoster.

Objective: to study the significance of herpes virus infection in the structure of various infectious pathologies in children (with infectious mononucleosis, central nervous system damage, long-term subfebrile syndrome, hepatitis, etc.).

Materials and research methods: A study of virus markers of the herpes family of types IV, V, and VI in 50 clinically healthy children revealed significant infection with these viruses, often in latent forms (64%), but in a third of children (36%) - in the form of persistent infections.

Results: A study of virus markers of the herpes family of types IV, V, and VI in 50 clinically healthy children revealed significant infection with these viruses, often in latent forms (64%), but in a third of children (36%) - in the form of persistent infections. So, herpesvirus DNA was found in saliva and urine in 17 children (EBV DNA in saliva in 7, CMV in urine in 7, CMV in saliva in 2, CMV in saliva and urine + EBV in saliva in 1). Only 1 child was found to have EBV DNA in their blood. CMV antigens in blood lymphocytes in healthy children were not determined. Low levels of antibodies of the IgG class to EBV, CMV and HHV6 were detected (98% for CMV, 58% for EBV, 66% for HHV6). No IgM antibodies were detected in serum.

Taking into account the ability of herpes viruses to persist in immunocompetent cells (T- and B-lymphocytes, macrophages), their significance was studied in frequently ill children (BFD). Children of this group were observed with diagnoses: lymphadenopathy, acute respiratory infections, with recurrent croup (RK), obstructive bronchitis (RRO) (40), diseases of ENT organs, thrombocyte and neutropenia, etc. In 48% of cases, CMV infection was detected, which 88% proceeded actively (CMV DNA was detected in various media, pp65 structural antigen, IgM class antibodies). In 36% of cases, various combinations of herpesviruses of types IV, V, and VI were found in the FVB group.

Conclusion: The etiology of infectious mononucleosis is deciphered. MI in children often proceeds as monoinfection (58%) associated with viruses of the herpes family of types IV, V and VI (EBV, CMV, HHV6), less often as mixed infection (42%) in various combinations of these viruses. The clinical manifestations of myocardial infarction are typical and do not depend on the etiology. With CMV and HHV6 IM, the response to heterophilic antibodies is always negative.

CURRENT AND PREVENTION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBLITERATING BRONCHIOLITIS

*Umarova Mukaddas Abdukadirovna
Andijan state medical institute*

Relevance. The relevance of this problem is also due to the fact that COPD, slowly progressing, is gradually transforming into a chronic obstructive adult disease [18], which occupies one of the first places among the causes of death. Timely diagnosis and adequate treatment of COPD in children will slow down the progression of the pathological process and improve the long-term prognosis of the disease. In order to improve the provision of pulmonological care to the population, on the basis of world literature and work experience, we have prepared this training manual for the identification and observation of children with COB for students and practitioners.

Purpose of the study. To assess the outcomes of the course of COPD in children.

Materials and methods. 139 children aged 2 to 14 years were monitored, of which 82 were boys and 57 were girls. An individual test card was compiled for each patient, containing data on the medical history, clinical course of the disease, and the results of radiological, functional and immunological research methods.

The results of the study. Analysis of anamnestic data made it possible to identify acute bronchiolitis in 108 (78%) of the observed children in the early period of life, with the formation of obliterating bronchiolitis by 3 years. Of these, in 56 (40.3%) cases, the cause of the development of the disease was aspiration of amniotic fluid or meconium during childbirth, followed by the development of irritative non-infectious bronchiolitis. In 52 (37.4%) infants, an acute respiratory infection was the impetus for the development of acute, and subsequently obliterating, bronchiolitis.

In 31 (22.3%) patients aged 3-4 years under the influence of a viral-bacterial infection, acute bronchiolitis occurred with a transition to obliteration during subsequent exacerbations. Basic inhalation therapy with berodual and pulmicort using a nebulizer was carried out for a long time in 102 (73.3%) patients. Dynamic monitoring of children was carried out for 5-8 years.

In most cases, in 113 (81.3%) patients with early adequate treatment, the disease ended in complete clinical recovery by 10-12 years of life. In 26 (19%), obliteration of bronchioles was noted, pneumosclerosis developed. Bronchiectasis was formed in 11 (8.1%) cases.

Conclusion. Follow-up monitoring of patients with COPD allowed us to establish a favorable course of the disease with subsequent clinical recovery in cases of early diagnosis and long-term adequate treatment of the disease.

CLINICAL MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PSORIASIS

*Umarchodjaeva G.M., Kholova N.R., Mirkhoshimov M.B., Karimova M.Yu.
Tashkent Pediatric Medical Institute*

Relevance: Psoriasis remains an urgent problem of modern dermatology due to the many unresolved questions of the causal relationship between the mechanisms of development of this dermatosis. The prevalence of this dermatosis in the general population averages 1-2% and from 7 to 10 % skin diseases. The existence of various clinical forms of psoriasis, ambiguity of etiological and pathogenetic links and the multifactorial nature of the disease, the use of various treatment methods that do not always give the desired results, in particular frequent relapses, created the basis for numerous studies in this direction.

Purpose: Establish the morphological features of vulgar and guttate psoriasis in conjunction with clinical data.

Materials and methods: The study included 20 patients of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatology and Venerology with a diagnosis of psoriasis who underwent a biopsy. Histological preparations of skin biopsy specimens stained with hematoxylin and eosin were carefully studied. Clinical data, including the results of bacteriological research, are obtained from histopathological examination. Statistical processing of the data obtained using the application package "Statistica 7.0".

Results: Among the patients, women prevailed (12 observations). The average age of patients was $29,75 \pm 10,25$. 45% clinically diagnosed with psoriasis, in 55% - guttate form. In 3 cases of guttate psoriasis, the patients underwent a repeated biopsy 2 weeks after the beginning of treatment. In all cases of repeated biopsies, there was a positive trend in the morphological changes. The main morphological features of psoriasis are: acanthosis (100%), hyper- and parakeratosis (95%), focal exocytosis of leukocytes (85%), the formation of Munro microabscesses (75%). In cases of vulgar psoriasis, acanthosis was significantly more frequent, primarily of the psoriasiform type, as opposed to the guttate one, which was characterized in most cases by signs of exudative changes.

EXPERT SURVEY OF SPECIALISTS FROM THE RELEVANT SERVICES IN RELATION TO THE PROBLEMS OF BRUCELLOSIS

*Уразаева А.Б., Бекенов Ж.Е., Уразаева С.Т., Нурмухамедова Ш.М.
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan*

National Center of Public health, the Ministry of Health of the Kazakhstan Republic, Astana, Kazakhstan,

Introduction. Brucellosis is an infectious, particularly dangerous zoonotic disease of agricultural and wild animals that can be transmitted to humans and is characterized by a chronic course of disability in patients of working age. Brucellosis remains one of the main zoonoses in the world, which represents a serious economic burden. As is known, the incidence of human brucellosis has a significantly high correlation with the number and incidence of brucellosis in cattle and small cattle. Brucellosis is widespread in countries with developed livestock production (China, Mongolia, North and East Africa, the Middle East, South and Central Asia, Central and South America). Among the CIS countries, Kazakhstan ranks second in terms of morbidity after Kyrgyzstan.

The solution to the problem of brucellosis eradication dictates the need and importance of systematic analysis of the positions of stakeholders in order to make appropriate policy decisions, improve relations with stakeholders and ensure long-term interaction of veterinary, medical and sanitary-epidemiological services. Specialists from these services can act as experts. Expert survey involves the collection of primary data based on the use of experience, knowledge and intuition of specialists in a particular field of activity. Most often, this method is used to identify the most significant, important aspects of the problem under study, improving the reliability, reliability, validity of information, conclusions and practical recommendations by using the knowledge and experience of experts.

Purpose: to analyze the results of a survey of experts from interested services in relation to brucellosis problems.

Materials and methods. A single-stage study was conducted. The study involved three groups of participants (key informants)- representatives of the veterinary service, sanitary and epidemiological service (specialists of the Departments of quality control and safety of goods and services (KKBTU)) and health services (infectious diseases doctors), 36-39 specialists each. In total, 112 specialists were interviewed: 18-20 from 6 regions of Kazakhstan: Aktobe, Turkestan, Almaty, Akmola, North Kazakhstan and Zhambyl. The selection of key experts for the study was carried out using the method of non-random, targeted selection. Experts were persons who hold key positions in the management of services and have extensive experience in the prevention and treatment of brucellosis in Kazakhstan. The author used a questionnaire containing 17 questions concerning methods of detecting affected livestock, the reasons for hiding cases of brucellosis by the population, the causes of human disease, and effective strategies to combat brucellosis. Before starting the survey, each Respondent received informed consent to participate in the study after explaining the goals and methodology of its conduct. Statistical processing of the obtained data was performed using Microsoft Excel and Statistica programs. The research topic was approved at the meeting of the Ethics Committee of the WKMU (Protocol N 32/6 of 06.09.2019).

Results. Out of 112 respondents, 55.5% of specialists from the veterinary service, 54.1% from the medical service and 38.5% from the Quality control and Safety Committee of goods and services were trained in brucellosis. To the question "Do you receive signals from owners about cases of brucellosis in livestock?": "always" -39% answered, and "extremely rarely" - 33.3% of representatives of the veterinary service, and among specialists, the Committee for quality control and safety of goods and services-the answer: "always" - was at 25.6%. To the question "Which method of detecting diseased animals is more effective?" the majority answered that there are active scheduled inspections (72.2% of specialists of the veterinary service, 51.4% of specialists of the medical service, and 46.2% of specialists of the Committee for quality control and safety of goods and services). To the question "do you think that the state fully reimburses livestock breeders for livestock that is subject to disposal?" also representatives of all services were unanimous in their opinion: "unsatisfactory compensation" was answered by 44.4%, 43.2% and 46.2%, respectively. About half of the representatives of all 3 groups believe that increasing the amount of compensation will

increase the detection of affected livestock. To the question "What would you suggest to improve the quality of surveillance of brucellosis?" the majority of specialists chose the answer that it is necessary to introduce mandatory vaccination in the strategy to combat brucellosis of animals (72.2% of specialists of the veterinary service, 73% - medical and 53.8% of specialists of the Committee for quality control and safety of goods and services). It should be noted that currently, according to legal acts in Kazakhstan, livestock vaccination is carried out at the request of the owners of livestock themselves. Most specialists of medical and sanitary-epidemiological services offer to resume vaccination of people. To the question "What, in your opinion, is the most compelling reason for owners to hide cases of livestock infection?" they said that 77.9%, 76.9% and 51.3% of service specialists, respectively, wanted to avoid material damage from the loss of livestock. On the 12th question of the questionnaire "Indicate the leading causes that are hindrances in the eradication of brucellosis", the responses of employees of various services were ambiguous. Of course, the majority said that the lack of state participation in solving the problems of owners of infected livestock (44.5%, 29.7% and 53.8%), all noted the answer: poor coordination of responsible services among themselves (8.3%, 10.8% and 20.5%), and "Insufficient effectiveness of the health service in the treatment of the disease (lack of modern drugs and treatment regimens, poor monitoring of the disease, lack of laboratory equipment)" accentuated (13.9%, 37.8% and 17.9%), respectively. The next question about the effectiveness of regular interdepartmental meetings was answered "Yes" by specialists of veterinary and medical services and the Committee for quality control and safety of goods and services (80.6%, 73% and 64.1%, respectively). 15 question: Is the testing + slaughter strategy used in our country effective compared to the practice of countries that use vaccination? Among the staff of the veterinary service, 41.7% agree with this, 16.7% disagree and 22.2% are not sure. 1/5 of the specialists of the medical and sanitary epidemiological service answered "Yes" (18.9% and 20.5%, respectively). And to question 17: How do you explain the fact that in some areas the infection of livestock is high, but the incidence of human disease is absent? Answer: "Good interdepartmental coordination of all services, which allows you to quickly stop the focus" answered 36.1% of veterinarians, 48.7% of the medical service and 41% - specialists of the sanitary and epidemiological service.

The answer "High level of awareness and awareness of the population – high access to the veterinary service" was noted by 36.1%, 32.4% and 18% of specialists, respectively.

Thus, through an expert survey of key specialists of each of the interested services from different regions of Kazakhstan, we were able to get detailed information about the vision of the brucellosis problem. It should be noted that all workers on many issues expressed a common point of view, noted the need for further integration of efforts in the fight against brucellosis and roughly outlined the range of tasks for their further solution.

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF RISK FACTORS FOR PERIODONTAL DISEASE AMONG RESIDENTS OF THE FERGANA VALLEY

*Usmonov B. A., Muidinova B.A.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Inflammatory periodontal diseases occupy a leading place in terms of frequency and prevalence among dental pathology, being the main cause of tooth loss, which negatively affects the health and quality of life (QOL) of a person [1,3]. In recent years, the problem of periodontal diseases in the population of the Republic of Uzbekistan is of particular relevance due to their steady growth, especially among young and middle-aged people. Polyetheologicity and a large number of risk factors in the occurrence of inflammatory periodontal diseases create difficulties in diagnosing, predicting the course and treatment of these diseases. The basis of the modern approach to the treatment of inflammatory periodontal diseases is the complexity that determines the participation of specialists in various fields [2,4]. To date, offered a huge number of schemes and methods of treatment of inflammatory periodontal diseases. Some success has been achieved in the surgical treatment of these diseases using the methods of directed regeneration and dental implantation [1,5] .. According to domestic researchers, the reasons for the current situation include deficiencies in the organization of periodontal care in general in Uzbekistan and its individual regions: availability objective socio-economic factors, low medical literacy and active population. In addition, there is an insufficient level of professional training of dentists in periodontology, poor technical and material security of medical institutions, there are no clear criteria for assessing the effectiveness of the treatment [5].

The purpose of the study: To study the analysis of the results of anamnestic data of patients with inflammatory periodontal diseases in the Fergana valley.

Materials and methods of research: To conduct a socio-hygienic study and identify risk factors, we developed a special questionnaire card that includes, along with general data (name, age, gender, place of residence, profession), questions about past and related diseases, the presence of diseases parents' periodontal patterns, dietary habits, bad habits, occupational hazards, regular tooth brushing, awareness of oral hygiene methods and means, and data on the condition of the teeth and periodontal tissues. Examination of patients was carried out according to the classical scheme and included anamnesis, external examination and examination of the oral cavity.

Results: During the examination revealed: anomalies of the teeth and bite according to the classification of LS Persina (1989); the presence of premature occlusal contacts according to the method of Jankelson (1995), the size of the vestibule of the oral cavity, the severity and location of attachment of the frenulum and mucous cords according to the classification of G.Yu. Pacalns (1969), teeth mobility according to Miller's classification (P.D. Miller) in the Flezar modification (T.S. Fieszar, 1980), PMA gingivitis index (S. Parma, 1960). Evaluation of the results of epidemiological studies and risk factors for the development of inflammatory diseases of the parodont. In the Fergana valley residents, an epidemiological survey showed that the prevalence of VZP is high and ranges from 65 to 86% in different localities of the AO. Moreover, the initial signs of VZP come to light already at a young age. Moreover, in this age group, of the identified signs, the initial ones predominate - in the form of bleeding gums (59.26%) and tartar (33.33%), which are recorded on average in 0.92 and 0.59 sextants of the dentition. In the adult population, signs of VZP in different areas are found in 74-100% of cases, of which PCs are determined in 34.44% on average in 0.8 denture sextants, gingival bleeding in 24.5% in 1.5 sextants, and tartar - in 41.05% in 1.05 sextants. At this age, the number of healthy sextants is reduced to 2.2, and sextants appear that are excluded due to the absence of teeth (0.5).

Research results of risk factors revealed that young people with CDW are 1.6 times more likely than in the comparison group to detect chronic somatic diseases ($p < 0.01$). The predominant somatic pathology at this age are diseases of the gastrointestinal tract ($p < 0.01$). Young people are 2.5-2.6 times more likely to suffer from colds ($p < 0.001$), most of them have hereditary burden of periodontal disease ($p < 0.001$). It has been established that among patients with diagnosed CDW, there are significantly more smokers ($p < 0.001$) and eating flour food ($p < 0.001$) than among those without periodontal pathology. The results of the analysis of patient questioning data showed that after the treatment, 36% of patients with CDW did not notice improvement in their condition, and 27% of patients who applied to a dentist with problems of periodontal tissue pathology did not receive the necessary information from the doctor. The level of periodontal care in the city is satisfied by only 12.5% of the patients surveyed, 32.8% think that it is difficult to get an appointment with a periodontist.

Findings:

1. The prevalence of inflammatory periodontal diseases in the Fergana valley is at a high level and is 65.13% -86.18% depending on the geographical location and progressively increases with age. In adolescents (15 years), inflammatory periodontal diseases are predominantly mild (84.6%), in the adult population (35–44 years) - moderate (51.9%), and in elderly people (65 years and older), 21.1% are diagnosed with a severe course of the disease; 70% of those surveyed need periodontal care.

2. Of the risk factors in young people, anomalies of the soft tissues of the vestibule of the oral cavity and hereditary predisposition are of prime importance in the occurrence of inflammatory periodontal diseases, and in the adult population, bite pathology and somatic diseases. Poor oral hygiene and smoking are equally significant in the occurrence of inflammatory periodontal diseases in people of different ages.

THE EFFICACY OF THE DRUG ROLINOZ IN PRURIGO

*Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan State medical Institute*

Introduction. The group itching dermatoses, or neurodermatoses, includes disease accompanied by intense itching and neurotic disorders. Expressed neurotic disorders (irritability, emotional lability, associated with itching, prolonged negative emotions, insomnia) are "stressors", increased requirements to the functions of the adrenal cortex, which under conditions of prolonged and severe inflammatory process leads to a sharp decrease, and sometimes to the exhaustion of their functions. This to some extent, apparently, can be explained by exacerbation of the skin process in patients with atopic dermatitis after psychical trauma, prolonged negative emotions.

Objective: to study the possible use of the drug "Rolinoz" in patients with atopic dermatitis and its effectiveness. Rolinoz (cetirizine) is an antihistamine of the second generation, which has some sedative action, relieves tension and improves sleep.

Materials and methods: under our supervision there were 28 patients with prurigo aged from 25 to 65 years. Patients were divided into 2 groups. The first group (16)- in the treatment of which they used the drug "Rolinoz together with vitamins, desensibilisation drugs and local treatment. The second group (12), consisted of patients with atopic dermatitis who received traditional treatment.

Results. Against the background of the treatment in the first group of patients on day 3-4 regression of the disease was marked: decreased pruritus, normalized sleep and reduced cutaneous manifestations of the disease. On the 10-14th day there was complete clinical recovery in contrast to the patients of the second group, where the itching has decreased on 7-10 day, and complete remission occurred after 3-week treatment.

Conclusion. Thus, the drug "Rolinoz" is an effective drug and can be used in complex treatment of patients with prurigo.

MOKSIKUM IN THE TREATMENT OF DEEP PIODERMIA

*Muhammadjonova L.A., Yokubova M.A.
Andijan State medical Institute*

Introduction. Pyoderma is the most common skin disease among all dermatoses. They occur as primary and secondary as complications of other, often pruritic dermatoses. Deep piodermias is one of the common diseases among pyococcal infections. Typically, patients are treated by doctors dermatologists and surgeons. In both cases, the use of antibiotics is mandatory. Despite the fact that in the Arsenal of doctors there are many other new broad spectrum antibiotics actions (polimik, azithromycin, megaset, roxobel etc.), to select the most effective in the treatment of pyoderma.

Objective: to study the possible use of the drug "Moksikum" and its effectiveness in the treatment of patients with deep piodermia.

Materials and methods: under observation there were 9 patients at the age from 18 to 25 years to whom drug "moksikum" (moxifloxacin) was prescribed. The lesions localized on the upper and lower extremities, torso. All patients were repeatedly treated by a dermatologist and surgeons. Moksikum was administered on the background of local treatment: 1 tablet 2 times a day for 7-10 days. During treatment, infiltration has decreased to 3-4 a day, ulcers formed after the opening of the boil, cleared in 5-6 days. Relapse was not observed. All patients well tolerated the treatment with this medicine.

Conclusions: Considering the abovementioned information, it is possible to recommend the drug "Moksikum" for the treatment of patients with deep piodermia as primary antibiotic therapy.

THE USE OF THE DRUG ELFUNAT IN THE TREATMENT OF LICHEN PLANUS

*Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan State medical Institute*

Introduction. Lichen planus is a chronic inflammatory disease, which is based on the enhanced proliferation and impaired differentiation of epidermal cells. The disease lasts for years and is accompanied by an alternation of relapses and remissions. Currently, the most recognized theories of scaly lichen are hereditary, immune, neurogenic, endocrine and metabolic disorders theory. Lichen planus different forms starts from different patients differently.

Objective: the use of the drug Elfunat in the treatment of patients with lichen planus.

Materials and methods: under our supervision there were 14 patients with lichen planus of ordinary form between 18 and 35 years who were prescribed the drug Elfunat. There were males and females-5 among 14 patients. Lesions are often localized on the lower extremities, torso, and arms. Calcium, vitamins and antihistamines were prescribed to all patients. The patients received Elfunat at 2 ml/m 1 time per day together with complex treatment for 10 days. Ointment and cream mixture were applied externally.

Results: After treatment, all patients had clinical recovery. Elfunat provides antioxidant, antihypoxic, membrane-protective, hypolipidemic action, increases the body's resistance to stress and the effects of various damaging factors.

Conclusions: Thus, the drug Elfunat in the treatment of lichen planus of ordinary forms proved to be effective and can be applied for treatment of such patients.

COMBINED THERAPY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH EPIDERMOPHYTOSIS OF THE FEET BY ESZOL

*Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.
Andijan State medical Institute*

Introduction. Epidermophytosis is a fungal disease that affects skin, hair, and sometimes nails. The problem of treatment of this pathology of the skin has always been important.

Objective: to study the efficacy of the drug "Eszol" in patients with epidermophytosis of the feet.

Materials and methods: we have studied the medical history of 18 patients aged 6 to 42 years (11 male patients, 7 female) treated at the Department of fungal skin and venereal dispensary of Andijan region about epidermophytosis of the feet. The process was localized on the smooth skin in the pubic region with 10 patients, on the smooth skin and scalp with 8 patients. All patients were examined on the presence of the mycelium of the fungus. Treatment was done with the drug "Eszol" inside of 200 mg 2 times per day on the background of traditional therapy of epidermophytosis. Treatment with Eszol continued for another 6 days until two consecutive negative mycological results.

Results: During treatment, the suppuration ceased at the average on the 7th day, the peeling disappeared on the 10th day, the infiltrate resolved on 13th day of treatment, leaving a brownish pigmentation of the skin. A negative mycological result was obtained on the average on the 16th day of treatment.

Conclusion: Thus, Eszol is an effective antimycotic drug that shortens the duration of treatment of patients with epidermophytosis of the feet for 2-3 days.

ENDOTHELIUM DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH OBESITY AND A NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE OF THE LIVER

*Yunusova Z.V.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is currently considered as one of the most common diseases in hepatology, leading to a deterioration in the quality of life, disability and death. The overall prevalence of NAFLD ranges from 10 to 40%, while the incidence of morbid obesity is up to 95-100%. The increase in the incidence of NAFLD is due to an increase in the number of patients with obesity, metabolic syndrome and other metabolic disorders.

The purpose of the study: To assess the relationship between the level of adipokines with markers of systemic inflammation and endothelial function in patients with obesity and non-alcoholic fatty liver disease, to substantiate the possibility of non-drug correction.

Materials and research methods: The study involved 117 patients with abdominal obesity and metabolic syndrome, in combination with NAFLD in the stage of steatosis, in the multidisciplinary clinic of the AGMI in 2017-2019.

NAFLD was diagnosed on the basis of anamnesis, clinical, instrumental and laboratory examination. An ultrasound study determined the presence of steatosis, the stage of the disease (GG or NASH) was determined on the basis of a biochemical blood test (AJIT, ACT, ALP, GGTP).

The results of research: During the clinical characteristics of the survey participants, the proportion of females prevailed and amounted to 82.9% (97/117), the number of men - 17.1% (20/117). The average age of the examined in the 1st group was 43 (38-46) years and in the 2nd group 45 (39-49) years.

In order to clarify the structure of liver lesions detected by ultrasound, elastometry was performed, during which it was found that the absence of fibrosis in stage P0 was significantly lower in patients of the 2nd group, while the prevalence of fibrosis was noted in both 1 and 2 groups.

When conducting a comparative analysis of the parameters of the lipid profile, it was found that in patients with NSAIDs, there is a predominant increase in the level of triglycerides and the atherogenic index both in the comparison group and in patients of the 1st group, while in the patients of the 2nd group, all analyzed parameters were significantly increased ($p < 0.05$). NLBP is associated with elevated levels of NОMA-GO. in groups 1 and 2 with a predominance in the group of patients with MS. According to a number of authors, insulin stimulates lipogenesis by acting on a number of enzymes, which is a generating factor for liver steatosis, and also increases the rate of hepatocyte apoptosis through oxidative stress, which allows us to consider IR and steatosis as factors potentiating each other, however, IR is considered as a trigger link steatosis.

A comparative analysis of the concentration of the pro-inflammatory cytokine-TNF- α , which is of the greatest importance for the development of insulin resistance in adipose tissue, showed that the association of NAFLD with MS was 25% higher than in patients with AO. A significant 2-fold increase in CRP was observed in the 2nd group of patients. Against this background, a significant increase in the level of leptin and a decrease in the level of adiponectin were noted both in the comparison group and in patients of the 1st group. An analysis of the association of leptin content with BMI in patients with NAFLD showed a direct correlation between these parameters. An analysis of the literature data shows that adiponectin is an independent risk factor for the development of cardiovascular diseases, which is confirmed primarily in patients with NAFLD. A study of the association of adiponectin levels also showed the presence of an inverse relationship between its concentration and the atherogenic component of the lipid profile. In this case, the greatest correlation strength was noted between the level of adiponectin on the one hand, and also CA ($r = -0.33$; $p < 0.00$) and the concentration of TG on the other hand.

Conclusion: Non-alcoholic fatty liver disease in the stage of steatosis in patients with abdominal obesity of 1-2 degrees is accompanied by a significant increase in the level of leptin and a decrease in the level of adiponectin, with the most pronounced imbalance of adipokines in patients with MS.

A decrease in endothelium-dependent vasodilation was found in 62.7% of patients with NAFLD in combination with abdominal obesity and in 75.9% of patients with metabolic syndrome, combined with a decrease in the content of stable nitric oxide metabolites in both groups.

The severity of endothelial dysfunction is associated with the content of hepatocyte damage markers - ALT, the severity of insulin resistance, the content of leptin, to the greatest extent, with the concentration of adiponectin.

GENDER FEATURES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

*Yunusova Z.V.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: In the structure of cardiovascular diseases, coronary heart disease (CHD) remains the leader among causes of death in both men and women. More than 7 million people die annually from KHS, which is 12.8% of all deaths [1]. Every 6th man and every 7th woman in Europe dies from myocardial infarction (MI). Over the past 10 years, a steady tendency has been observed throughout the world to reduce the incidence of MI with an increase in the BT segment (IMpBT) on the electrocardiogram with a simultaneous increase in the incidence of MI without an increase in the segment of BT (IMpBT). In addition, early and long-term mortality in MI is reduced, but according to some reports, its decrease is less effective in the female population.

There are significant differences between gender, age, and type of MI. The results of recent studies have shown that, in general, older women have a more favorable prognosis for MI than men of the same age, while in the younger age groups (up to 60 years) the prognosis is the same. Women with UTIs of all age groups have a lower risk of death than men. In the long-term period of UTI, there were no gender differences in the prognosis, but in the early post-infarction period, the risk of death remains especially high among young women compared to men. Women under 60 are at a higher risk of developing complications such as bleeding, heart failure (HF), cardiogenic shock, and acute renal failure.

The purpose of the study was to study the gender characteristics of the course and treatment of acute myocardial infarction (MI).

Materials and methods: The study included 244 patients aged 30 to 85 years (average age 61.2 ± 12.3 years) with a diagnosis of myocardial infarction, which were divided into 2 groups by gender: group 1 - 80 (32.8%) women, group 2 - 164 (67.2%) men. The patient's demographic data, diagnosis and its complications, concomitant pathology, history and risk factors (RF) of coronary heart disease (CHD), treatment measures carried out at the hospital stage, the frequency of deaths during hospitalization and within 12 months after MI were evaluated.

Result: In women, MI developed statistically significantly more often against the background of arterial hypertension ($p < 0.01$), diabetes mellitus ($p < 0.05$) and obesity ($p < 0.05$), and smoking prevalence was higher in the male population ($p < 0.01$). The most common MI complication in both groups was acute heart failure (HF), which was recorded in 53.7% of women and 55.5% of men (relative risk (RR) 0.96; 95% confidence interval (CI) 0.75—1.23; $p > 0.05$), but severe class III W – 1U class was more common in the female population (31.2% versus 23.7%; RR 1.31; 95% CI 0.85–2.01; $p > 0.05$). The frequency of deaths was statistically significantly higher in women (27.5% versus 15.2%; RR 1.8; 95% CI 1.08–2.99; $p < 0.05$), they were more often registered as hospital (18, 7% versus 9.1%; RR 2.05; 95% CI 1.05–3.98; $p < 0.05$), as well as post-hospital mortality (8.7% versus 6.1%; RR 1, 43; 95% CI 0.56–3.63; $p > 0.05$). During the first 6 months after MI, a tendency to a higher mortality rate was observed in women (6.2% versus 1.8%; RR 3.41; 95% CI 0.83–13.9; $p > 0.05$), and in men it was higher after 6–12 months after discharge from the hospital (4.3% versus 2.5%; RR 0.58; 95% CI 0.12–2.75; $p > 0.05$).

Conclusion: The most significant risk factors for MI in women are diabetes mellitus, arterial hypertension, and obesity. The course of MI in women is associated with the development of severe HF and the immediate prognosis and outcome of MI in women is more unfavorable than in men.

AGE-GENDER AND CLINICAL-ANAMNESTIC FEATURES OF ATYPICAL CLINICAL FORMS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

*Yunusova Z. V.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: In cases where acute myocardial infarction (AMI) is manifested in its classic clinical (anginous) version, its diagnosis is not difficult. However, according to the literature, in almost a quarter of cases, the course of the disease is atypical in nature, which greatly complicates the diagnosis of AMI, especially at the prehospital stage. Therefore, timely recognition of atypical forms of AMI is an important task in medical practice, since it determines the nature of treatment and the prognosis of the patient's life. Currently, problems associated with the atypical clinical course of AMI are especially relevant.

This is explained by the general tendency to change the age structure of the population of all countries, which is manifested by a steady increase in the proportion of elderly and senile people, which leads to an increase in the proportion of the contingent of this age category among patients with AMI. In turn, it is among patients of a specified age that atypical clinical forms (ACF) of AMI are most often recorded.

A certain complexity of the analysis of ACF AMI is associated with the lack of a single generally accepted classification of these disease options, despite repeated attempts to systematize them. In this regard, it is advisable to mention the work of A.G. Tetelbaum, who was one of the first to develop a classification of clinical manifestations of AMI, which makes it possible to make an "urgent" diagnosis upon first contact with a patient in the absence of laboratory and electrocardiographic (ECG) studies. He proposed identifying six main forms of AMI debut: retrosternal-painful (classical), asthmatic, abdominal, cerebral, painless and combined [5].

The purpose of the study was to study the age-gender and clinical-anamnestic features of patients with atypical clinical forms (ACF) of acute myocardial infarction (AMI).

Material and methods: The study is based on data from the WHO program "Register of acute myocardial infarction." We studied 836 cases of AMI, ACF AMI were detected in 184 (22.0%) patients. The following options were distinguished in the structure of ACF AMI: asthmatic (32.6%), collaptoid (31.5%), abdominal (13.6%), arrhythmic (7.6%), peripheral (5.4%), painless (4.9%), cerebral (4.3%).

The results of the study: Most of all men (62.5%) were in the group of patients with abdominal AMI, women (75.0%) - in the group with cerebral form. In all analyzed groups, persons over 60 years of age prevailed. In the group of patients with cerebral variant, the majority of people who had previous AMI were identified (50.0%). Diabetes mellitus most often (55.6%) was registered among people with painless CF. Diagnosis of ACF AMI was low. Of all ACFs, after the first medical examination, the painless variant of AMI was best recognized (55.5%). In all cases, the course of AMI was complicated. With ACF AMI, high mortality was recorded, and in groups with arrhythmic and cerebral forms, it reached 100%.

Conclusion: The whole group of patients with ACF AMI is represented by the age contingent, severe in clinical, medical history and prognosis

II - Детские болезни

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЗАИКАНИЕМ

*Аббасова Д.С., Нурмухамедова Д.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Среди пограничных нервно-психических заболеваний, имеющих значительную распространенность и приводящих к выраженной социальной дезадаптации, заметное место занимает заикание (А.А. Дмитриев, В.В. Коркунов, 2002). В настоящее время в связи с преобразованиями общественной жизни остро встал вопрос о поиске оптимальных средств социальной реабилитации и адаптации детей с особенностями в развитии (А.А. Дмитриев, В.В. Коркунов, Е.М. Мастюкова, 2002), в том числе и с заиканием. Заикание ограничивает возможности детей при реализации своих способностей, осуществления значимых потребностей и стремлений, дальнейшего устройства личной жизни, то есть сопровождается социальной дезадаптацией. Проблема адаптации детей с заиканием к трудным речевым ситуациям остается одной из наиболее сложных и решается методами психотерапевтического воздействия на основе комплексного метода устранения заикания (Селиверстов, 1994; В.М. Шкловский, 2005). Актуальность исследования продиктована необходимостью адаптации таких детей к трудным речевым ситуациям, а эта проблема является наиболее сложной в реабилитации людей с подобным расстройством.

Цель исследования. Изучить психологические особенности эмоциональных нарушений у детей с заиканием.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 16 больных с заиканием в Городском детском психоневрологическом центре. В ходе исследования применялись следующие методы: исследование уровня речевой тревожности по методике Р.Эриксона, проективные тесты «нарисуй семью», «нарисуй человека», модифицированный опросник А.И.Захарова «страхи в домиках».

Результаты исследования. При изучении клинко-анамнестических данных было обращено внимание на высокую частоту патогенных факторов, оказавших влияние на развитие детей, страдающих заиканием в пре-, пери- и ранний постнатальный период. Так, патологическое течение беременности и родов было установлено в 89,9% случаев. Влияние патогенных факторов на развитие ребенка в раннем постнатальном периоде (до 3-х лет) удалось определить в 83,5% случаев. Среди них затяжные соматические заболевания (75,2%), неблагоприятно протекающие острые инфекции с явлениями общей интоксикации и осложнениями в форме менингоэнцефалита (41,3%), черепно-мозговые травмы (13,8%), экзогенные токсические воздействия, в том числе, медикаментозные средства центральной анальгезии при оперативных вмешательствах (10,1%). Аффективные нарушения в возрасте 7 лет были представлены во всех группах впервые возникающими кратковременными и нестойкими логофобическими реакциями. Отмечались повышенная раздражительность, высокая чувствительность к внешним психострессорным факторам, эпизоды вспышек агрессии, назойливости, упрямства, капризы. Состояния нередко провоцировались конфликтной ситуацией. Были также представлены различные соматовегетативные нарушения.

В результате проведения методики Р.Эриксона, адаптированной В.А.Калягиным, был отмечен высокий уровень речевой тревожности у 44,4% больных и средний уровень у 40% детей. Следует отметить, что выражать обеспокоенность качеством своей речи могут и те, у кого нет нарушений речи. По данным В.А.Калягина, тревога по поводу своей речи в норме составляет от шести до одиннадцати баллов. Тревога у заикающихся составляла в среднем 18,07 баллов, то есть примерно в 3 раза выше, чем в норме.

Выводы. Значимыми клинко-биологическими факторами риска развития невротического расстройства в виде заикания являются признаки резидуально-органических изменений головного мозга. Основными аффективными расстройствами являются тревожный, астенический, ипохондрический, депрессивный и фобический. При увеличении продолжительности заболевания усиливается депрессивная симптоматика, появляются характерологические изменения, такие как повышенная тревожность, аффективность, ипохондричность и др. Представленная методика изучения детей с заиканием позволяет оценить аффективные расстройства, их готовность к самоуправлению психофизиологическим состоянием в процессе коммуникативной деятельности.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКАСАНА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

*Абдувалиева Ч.М., Усманов Ш.М., Исраилов Ш.Ш., Абдулазизов Ж.Г., Косимов О.З., Хакимов У.К.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Актуальность проблемы. Проблема профилактики и лечения послеоперационных гнойных осложнений в хирургии и по сегодняшний день не утратила своей актуальности. Это в значительной степени связано с возрастанием числа сложных операций с применением современных технологий, увеличением объема и продолжительности оперативных вмешательств, сопровождающихся повышенной травматичностью тканей и кровопотерей, что способствует развитию послеоперационной раневой инфекции.

Цель: Повысить эффективность Декасана в лечении послеоперационных осложнений при аппендикулярных перитонитах у детей.

Материалы и методы. В отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2016-2019 гг. поступили на лечение 345 детей с аппендикулярным перитонитом. Из них детей до 3 лет было - 12, что составило 3,4%, из них детей до 5 лет - 35 (10,1%), детей до 18 лет - 298 (86,3%). Из них мальчиков было 195, девочек 150, соотношение мальчиков и девочек 1,3:1.

Результаты исследования. У всех больных для местного лечения применяли Декасан, для промывания раневых полостей через дренажные трубки, санации раневых каналов с помощью турунд, а также путём рыхлого тампонирувания ран. При необходимости перевязки производились несколько раз в день. Общее лечение у больных было идентичным и включало использование антибактериальных, дезинтоксикационных, противовоспалительных, иммуномодулирующих и десенсибилизирующих средств. Санация ран наряду с местным применением антисептиков включала их адекватное дренирование и иссечение гнойно-некротических тканей.

Учитывали длительность пребывания больных в стационаре, наличие и характер осложнений, скорость заживления раны, субъективную реакцию пациентов на местное применение антисептиков. У больных после первых перевязок с использованием Декасана исчезали симптомы интоксикации (общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль), значительно уменьшились объём отделяемого из раны и проявления инфекционно-воспалительного процесса (гиперемия, перифокальный отек, инфильтрация тканей). Основным критерием, по которому оценивали эффективность проводимой терапии, была длительность лечения больного в стационаре, которая уменьшилась на 8-10 дней. За время лечения каких-либо побочных эффектов и аллергических реакций вследствие применения Декасана не выявлено. Это объясняется отсутствием токсического действия декаметоксина в используемой концентрации (0,02 %) и практически полным отсутствием всасывания препарата. Из общего числа больных в 7 случаях на фоне продолжающегося перитонита произведена релапаротомия, в послеоперационном периоде этим больным также применялся Декасан для промывания брюшной полости через дренажные трубки. Все больные выздоровели, летальных исходов не было.

Заключение. Применение Декасана для местного лечения у больных после абдоминальных оперативных вмешательств обусловило положительный клинический эффект, что выразилось в ускорении заживления ран и сокращении времени пребывания больных в стационаре. Широкий спектр антимикробного, противогрибкового и противовирусного действия наряду с практически полным отсутствием побочных эффектов и аллергических реакций позволяет рекомендовать Декасан в качестве местного антисептика для лечения послеоперационных гнойных ран.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.А., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Косимов О.З.

Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сочетанная травма у детей занимает одно из первых мест среди причин летальных исходов, имеет ряд особенностей, влияющих на своевременную диагностику, лечение. Наличие сочетанных повреждений вносит особенности в клиническое течение травмы – проявляется синдром «взаимного отягощения». Дети с сочетанной травмой поступают в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с явлениями травматического шока. При детской смертности на первом месте среди причин смерти у детей старше одного года выходит травма, а при множественной и сочетанной травме у детей летальность составляет 7,1 до 22%

Цель. Изучение роли компьютерной томографии в дифференциальной диагностике сочетанных травм у детей.

Материал и методы исследования. В Андижанском филиале РНЦЭМП с диагнозом «сочетанная травма» с 2012 по 2017 года наблюдалось 65 детей в возрасте от 2 до 17 лет. Девочек 21 (32,3%), мальчики 44 (67,7%). Основное количество детей с СТ оказалось в возрасте от 5 до 17 лет. Диагностика сочетанной травмы у детей при наличии симптомов различных стадий шока представляет значительную трудность, что обращает внимание наряду с общеклиническими лабораторными методами исследования. Для топической диагностики всех повреждений использовались компьютерная томография.

Результаты. Всем больным с сочетанной травмой проводили комплекс общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований при КТ. У 40 больных отмечалась черепно-мозговая травма, у 25 больных - различные переломы опорно-двигательной части тела.

По данным КТ исследований у 41 (63%) больного было сочетанное поражение органов брюшной полости, при этом разрыв печени у 9 (21,9%), гематома печени у 3-х больных, разрыв селезенки у 19(46,3%), гематома селезенки у 8 больных. При этом определялись основные признаки повреждений паренхиматозных органов - разрыв капсулы и кровоизлияние в окружающие ткани - нечеткости контуров, и субкапсулярные и интраорганные гематомы-неоднородность структуры, ушиб и разможжение органов - свободная жидкость в брюшной полости, у 2 (3%) больных разрыв диафрагмы, у 8 (12,3%) больных ушиб легких.

Преимуществом КТ с контрастированием является также то, что данный метод позволяет малоинвазивно, с высокой степенью точности определить наличие сочетанных травм с переломами костей таза и позвоночника. У больных с повреждением забрюшинного пространства разрыв почек в 6 случаях, гематома у 3 больных. Параметры КТ у больных с повреждением почки в экскреторной фазе можно точно определять состояние паренхимы и степень нарушения секреторно-эвакуаторной функции почек. Это помогает определить тактику операции при сочетанных травмах с повреждением органов забрюшинного пространства у детей.

Вывод. Таким образом, своевременная диагностика при сочетанных травмах КТ обладает высокой информативностью, так как для выявления повреждения внутренних органов в условиях экстренной медицинской помощи можно определить дальнейшую тактику ведения больных, значительно уменьшает эксплоративную лапаротомию и летальность.

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Абдукаххарова С.К., Гиясова Х.Б., Мамадиева М.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. В последние годы установлено широкое распространение хламидийной инфекции. Наиболее часто встречаются урогенитальные хламидиозы, передающиеся половым путем. Наряду с бактериальной, вирусной и микоплазменной инфекцией хламидийная инфекция вызывает воспалительные процессы мочеполовой системы, играет определенную роль в патологии беременности и родов, а также может привести к стойкому бесплодию. Хламидии являются облигатными внутриклеточными бактериями. Они обладают тропизмом к эпителиальным клеткам. Инфицирование гениталий чаще всего отмечается при эктопии эпителия и при изменении его структуры, в частности, под влиянием гормонов или травматических факторов. Хламидии наиболее часто встречаются у лиц, длительно применявших оральные контрацептивы и внутриматочные спирали. В криптах уретральных ходов хламидии могут персистировать. Это свойство возбудителя способствует его сохранению в период лекарственной терапии при недостаточном местном воздействии в очаге воспаления.

Цель исследования. Определение хламидийной инфекции у женщин после кесарева сечения, страдающих вторичным бесплодием, а также проведение адекватной терапии в целях восстановления генеративной функции.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 30 женщин, родоразрешенных оперативным путем, страдающих вторичным бесплодием в течение от 3 до 7 лет. 4 из них были оперированы по поводу дискоординированной родовой деятельности, 5 - по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, 12 - повторное кесарево сечение, 9 - по поводу клинического несоответствия между тазом матери и головкой плода. Всем женщинам были проведены тесты функциональной диагностики, УЗИ с определением доминирующего фолликула, измерение ректальной температуры, определение спермограммы мужа и ГСГ, обследование на бактериальные и вирусные инфекции способом ПЦР, а также после проведенного лечения контрольный анализ крови на титр антител.

Результаты и обсуждения. У всех женщин был обнаружен хламидиоз в сочетании с другой инфекцией. На ГСГ у 10 полная 2-хсторонняя облитерация фаллопиевых труб, у 8 - частичная окклюзия, у 12 - закрытие просвета труб в ампулярном конце. Всем женщинам был назначен Ровамицин 3млн. по 1 таблетке 2 раза в день, иммуноглобулин анти Chlamydia trachomatis. Специфическая активность препарата обусловлена вирусонейтрализующим действием антител, вводят 5-6 раз, один раз в 3 дня в дозе 3 мл (2 дозы). Препарат также применялся в виде местных инстилляций в уретру и влагалище в дозе 3 мл (2 дозы). После курса лечения, у 14 -женщин отмечалось восстановление проходимости труб. Беременность наступила у 12 в течение 8-12 месяцев.

Вывод. Раннее выявление и активное комбинированное лечение хламидиоза может уменьшить процент вторичного бесплодия у женщин, родоразрешенных оперативным путем.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ

*Абдуллаев Р.Н., Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р., Собирова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт,
Ташкентская медицинская Академия.*

Обострение геморроя у женщин происходит главным образом во время беременности и при родах, что связано с застоем крови из-за повышенного внутри-брюшного давления. Провоцирующим фактором могут являться и запоры, нередко возникающие у беременных вследствие гипотонического состояния прямой кишки. Запоры наблюдаются у 64% беременных женщин, в том числе в 82% случаев при наличии геморроя. По мере увеличения срока беременности вероятность появления геморроя возрастает.

Клиническая картина геморроя характеризуется триадой симптомов, включающей в себя болевой синдром, выбухание геморроидальных узлов вследствие тромбоза и воспалительного процесса в самом узле и окружающих тканях, а также кровотечение. Боль во время дефекации и опорожнения прямой кишки чаще всего связана с тромбозом внутреннего геморроидального узла или трещиной анального канала. Кровотечение при геморрое обычно развивается после или в процессе дефекации.

Одним из всех осложнений геморроя на первом месте по частоте и тяжести заболевания имеет место острый геморрой – острый тромбофлебит геморроидальных вен (ОГ). Это осложнение встречается от 22% до 90% больных геморроем.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 223больных ОГ, из них к проктологу и хирургу поликлиники обратились всего лишь 56 (25%) беременных и были доставлены в хирургический стационар 23 (10%). Это в основном были больные ОГ в сочетании с острой анальной трещиной или осложненный острым парапроктитом. У остальных 175 (65%) беременных женщин был выявлен при целенаправленном обследовании в условиях женской консультации и родильного дома.

Из анамнеза установлено, что большинство женщин (71,9%) до развития ОГ страдали хроническим геморроем с периодическими обострениями. Только у 56% больных до наступления данного осложнения не было клинических признаков хронического геморроя.

Из причин, способствовавших развитию ОГ можно отметить: у 120 упорный запор и затрудненный акт дефекации, 62 женщины выполняли тяжелую физическую работу, 37 выполняли продолжительное время работу в сидячем положении.

Полученные результаты. У 54% больных ОГ развивался медленно в течение 2-3 дней с постепенным нарастанием клинической картины: неприятные ощущения, чувство инородного тела, жжение и боли в заднем проходе, увеличение геморроидальных узлов и болезненность при ощупывании.

У 17,8% больных клиника ОГ развивалась остро: после многодневной задержки стула и затруднительного болезненного акта дефекации появлялись острые боли в заднем проходе, болезненные воспаленные наружные и выпавшие внутренние геморроидальные узлы, кровотечения. Острое начало обычно развивалось у многорожавших женщин, страдающих длительное время хроническим геморроем.

При ОГ на первый план выступает болевой синдром, при сочетании ОГ с острой анальной трещиной этот синдром довольно серьезно беспокоит больных.

А когда воспалительный процесс развивается постепенно, болевой синдром выражен незначительно. У 110 больных воспалительный процесс поражает только один геморроидальный узел. Общее состояние больных оставалось удовлетворительным. У 52 было воспаление двух узлов от розово-красного до темно-синего цвета. Геморроидальные узлы отечные, плотные и болезненные на ощупь. Отек переходит на слизистую оболочку прямой кишки и периаанальную кожу. У 40 больных был резко выраженный воспалительный процесс - все анальное кольцо занято выпавшими воспалительными внутренними и наружными геморроидальными узлами, сливающимися в единый конгломерат. Тромбированные узлы резко болезненны при пальпации, отечные, багрово-темного цвета. У 2 женщин было профузное кровотечение в результате отторжения некротизированной ткани геморроидального узла.

На основании этих данных мы делили острый геморрой у беременных на 3 степени:

- I степень тяжести клинического проявления ОГ - больные жалуются на неприятные ощущения, чувство инородного тела, жжение в области заднего прохода, болезненный акт дефекации. При объективном исследовании - небольшие геморроидальные узлы тугоэластической консистенции, слегка болезненные при пальпации. Кожа или слизистая оболочка, покрывающая узел, слегка отечна и гиперемирована.

- II степень - больных беспокоят боли и наличие болезненного образования в области заднего прохода. Боли усиливаются при ходьбе, сидении, при перемещении тела даже в горизонтальном положении, а также при кашлевом толчке. Акт дефекации резко болезнен. При пальпации геморроидальные узлы напряжены, отечны, синюшны. Отек распространяется на слизистую оболочку и периаанальную кожу. Анальный жом спазмирован.

- III степень - жалобы на сильные боли, невозможность ни сидеть, ни ходить. При осмотре геморроидальные узлы большие, выраженный отек слизистой оболочки и периаанальной кожи. Наружные и внутренние геморроидальные узлы вместе с отечной тканью сливаются в единый конгломерат. Видны сине-багрово-темные, не редко ущемившиеся узлы, плотные на ощупь, резко болезненные. Имеются на слизистой оболочке, покрывающей геморроидальный узел, очаги некроза, а в отдельных случаях - некроз целого узла. Пальпация резко болезненна.

У 8 (2,5%) больных ОГ осложнился острым парапроктитом. У 29 (9%) больных было сочетание ОГ и анальной трещины. Комплексное консервативное лечение проводилось дифференцировано в зависимости от степени тяжести ОГ. Основой общего лечения являлось применение флеботропных препаратов, влияющих на повышение тонуса вен, улучшение микроциркуляции в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока. Для устранения болевого синдрома применяли ненаркотические анальгетики и местные комбинированные обезболивающие препараты, для лечения тромбозов - антикоагулянты местного действия. Для устранения кровотечения применяли свечи, содержащие адреналин, а также местные гемостатические материалы, состоящие из фибриногена и тромбина.

Только 18 больным проводилось срочное оперативное вмешательство: вскрытие, санация и дренирование абсцесса по поводу острого парапроктита - 16 и лигирование геморроидальных узлов по поводу профузного кровотечения - 2.

Выводы. Женщины по поводу ОГ во время беременности редко обращаются к проктологу или хирургу, из-за боязни лечения и из-за того что, клиника острого геморроя протекает стерто.

Острый геморрой часто развивается как осложнение хронического, особенно при повторных беременностях и во II-III триместрах.

Для своевременного лечения ОГ и предотвращения осложнений (острый парапроктит, профузное кровотечение) необходимо целенаправленный частый профилактический осмотр всех беременных, страдающих хроническим геморроем колопроктологом в условиях женской консультации и консервативное лечение с использованием флеботропных, тромболитических, противовоспалительных препаратов в комплексе.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СЕПСИСА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Абдуллаев Р.Н., Косимов А.Л., Абдуллаева М.А., Икрамова Ф.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Термин «сепсис» был введен в медицину Аристотелем и характеризуется тяжелым заражением крови продуктами гниения тканей организма и сепсис может протекать остро, иногда почти молниеносно (когда при отсутствии правильного лечения смерть наступает в течение нескольких часов или суток), либо хронически. В настоящее время характер течения сепсиса в значительной мере меняется в результате применения ранней антибак-териальной терапии. Несмотря на высочайшее развитие методов антибиотикотерапии заболеваемость сепсисом имеет тенденцию к росту, а летальность от этой патологии составляет в среднем 45-50 %. В США каждый год заболевают сепсисом до миллиона человек и погибают 50% от этих больных, этот показатель соответствует и в государствах СНГ – в России, Узбекистане, Белоруссии, где летальность составляет до 34-40%, а от септического шока погибают 90 % больных. Пересмотр мнений о частоте сепсиса, который возник стараниями французского ученого Ж.Бонэ привело к быстрому росту этих показателей, кроме того, нам дало возможность шире смотреть на эту проблему и позволило использовать все возможные методы лечения в нашем арсенале. Разработаны новые способы, комплексные программы лечения сепсиса, особенно у больных с гнойно-септическими заболеваниями при сахарном диабете, которых мы считаем проявлениями сепсиса.

С целью создания нового алгоритма комплексного лечения сепсиса у больных гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета мы проводили настоящее исследование.

Перед нами были поставлены задачи -создать комплекс лечебных мероприятий при хирургическом сепсисе у больных сахарным диабетом, разработать ступени алгоритма применения комплексного лечения сепсиса .

Методы исследования. В отделениях гнойной хирургии клиники АГМИ и областного центра здравоохранения Андижанской области у 180 больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета проводили настоящие исследования. Эти больные были с диабетической стопой – 120 больных ,некротическими флегмонами мягких тканей – 40 больных, болезнью Фурнье -гнойно-некротическими расплавлениями тканей мошонки и промежности- 10 больных и гнилостными процессами в послеоперационном периоде -10 больных, которые были распределены на три группы. 40 больных, получившие традиционное лечение,40 больных ,получившие комплексное лечение,100 больных, получившие комплексное лечение с поэтапной реабилитацией.

У больных проводились общеклинические исследования крови и мочи,исследования биохимических показателей, динамику ежедневных изменений содержания сахара в крови, определение возбудителей гнойно-некротических процессов посевами и раневых отделяемых, также индекс интоксикации лейкоцитов(ИЛ),фагоцитарная активность лейкоцитов(ФАН).

Лабораторные исследования до лечения показали, что у всех больных вторичную, токсическую анемию от средней до тяжелой степени выраженности, гипопротейнемию, гипо-альбуминемию, диспротеинемию за счет гипергаммаглобинемии, гипергликемию от 13 до 26 г/л., значительное понижение показателей ФАН, ИЛ. Больные, получившие традиционное лечение, которым проводилась стандартная кратковременная предоперационная терапия, вторая группа 20 (52.6%) пациентам наряду с антибиотикотерапией проводилась комплексная консервативная инфузионная терапия за 5-8 дней до операции, включающая дезагрегантную, антиоксидантную, мембранотропную, иммунокорригирующую, детоксикационную, витаминотерапию. Мембранотропная терапия состояла из токоферола ацетата (200-300 мг внутримышечно), эссенциале (10,0 мл на 200 мл 5%- го раствора глюкозы внутривенно),реосорбилата по 250,0, аскорбиновая кислота (по 10,0 мл 5%-го раствора глюкозы 2-3 раза внутривенно с инсулином). Дезинтоксикационная терапия включала инфузии 5%-раствора глюкозы с инсулином и солевых растворов, проведение форсированного диуреза. Для дезагрегатной терапии использовали курантил (0,15 г/сут), трентал (0,5 г/сут), реополиглюкин внутривенно капельно (400 мл/сут) курсами по 3-4 дня. Коррекция иммунологических нарушений, витаминотерапия осуществлялась введением иммуномодулина , Т- активина, специально высокоиммунизированных гамма-глобулинов и плазм, введением витаминов группы А и В, обеих группах (контрольной и основной) выполнялась оперативное лечение первичного гнойного очага сепсиса,также некоторых септикопиемических вторичных очагов и наружное дренирование гнойных полостей.У больных обеих групп в последующем проводились реабилитационные мероприятия для восстановления нарушенных функции органов и систем.

Результаты и их обсуждение: В результате применения комплекса лечебных мероприятий при хирургическом сепсисе у больных сахарным диабетом,разработанными нами этапами алгоритмов лечения получены следующие результаты: клинические проявления сепсиса ввиде признаков глубокой интоксикации организма протекало более гладко ,не наблюдались проявления энцефалопатии,сознание не терялось,показатели термометрии были $39,3 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$, тогда как,у больных контрольной группы септические проявления интоксикации и признаки энцефалопатии были более выраженные, сознание терялось при всех проявлениях септического шока и при появлении новых септикопиемических очагов,показатели термометрии были $40,3 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$.При использовании традиционной терапии сепсиса показатели гемоглобина увеличилась на 16%, количество лейкоцитов в периферической крови уменьшилась на 25%, скорость оседания эритроцитов уменьшилась вдвое ,а температура тела стала субфебрильной. У больных получивших комплексное лечение с применением рациональной антибиотикотерапии эти показатели были соответственно, увеличение гемоглобина на 30%,количество лейкоцитов уменьшилось на 38%, СОЭ уменьшился в три раза,температура нормализовалась,а при использовании предлагаемого алгоритма поэтапной реабилитации эти показатели были ещё лучшими – гемоглобин увеличился на 45%,лейкоциты уменьшились на полови-ну,показатели СОЭ и температура тела нормализовались.Эти показатели получены в сроке $17 \pm 2,4$ дня после лечения в стационаре. После применения традиционного лечения отмечают увеличение количества общего белка,альбумина ,снижение бета и гамма глобулиновых фракций,снижение показателей сахара в крови и повышение показателей ФАН и ИЛ, а при использовании предлагаемого алгоритма поэтапного использования комплексного лечения с использованием рациональной антибиотикотерапии эти показатели улучшились в статистически достоверных цифрах, чем при применении традиционного лечения сепсиса.

ВЫВОДЫ. 1. При изучении клинических проявлений лабораторных изменений при сепсисе у больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета проявления интоксикации и признаки энцефалопатии были более выраженные, сознание терялось при всех проявлениях септического шока и при появлении новых септикопиемических очагов, показатели термометрии были высокие $40,3 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$, также отмечают вторичную, токсическую анемию от средней до тяжелой степени выраженности, гипопротейнемию гипоальбуминемию, диспротеинемию,гипергликемию от 13 до 26г/л.,значительное понижение показателей ФАН, ИЛ.

2.У больных, получивших комплексное лечение с дальнейшей реабилитацией, эти показатели были соответственно, увеличение гемоглобина на 30%, количество лейкоцитов уменьшились на 38%, СОЭ уменьшился в три раза, температура нормализовалась, а при использовании предлагаемого алгоритма поэтапной реабилитации эти показатели были ещё лучше – гемоглобин увеличился на 45%,лейкоциты уменьшились на половину, показатели СОЭ и температура тела нормализовались.

КЛЕЕВОЕ СОЕДИНЕНИЕ РАН И ГЕМОСТАЗ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

*Абдуллаев Р.Н., Абдуллаева М.А., Киргизов Ш.М., Зияева Э.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский государственный университет*

Цель исследования. Определить приемлемую клеевую композицию медицинского назначения для применения при крупных ранениях паренхиматозных органов в эксперименте.

Материал и методы исследования. Для разработки бесшовных методов гемостаза и склеивания крупных ран паренхиматозных органов и использования клеевых композиций нами проведены настоящие экспериментально-морфологические исследования совместно с химиками нашего института и с сотрудниками ИНЭОС АН России разработаны клеевые композиции на основе этил – α – цианакрилатов и производных ферроцена – ЦиакринАндМос - на основе аллилового эфира пара-ферроценилфенола и Циакрин АП-1 - на основе пара-ферроценилфенола, которые обладали высокими клеи-вающими и прочностными свойствами. Этими композициями являются ЦиакринАндМос и Циакрин АП-1. Кроме того, дополнительные биологически активные производные ферроцена обладают противовоспалительными, ранозаживляющими свойствами. Этими композициями являются ЦиакринАндМос и Циакрин АП-1.

Результаты и обсуждения. Предлагаемые клеевые композиции по показателю прочности не уступают известным цианакрилатным клеям, а по скорости наступления склеивания ран печени и почек превосходят известных клеев как, Циакрин СО-9, Арон-Альфа, Гистоакрил Н-blau. Время наступления гемостаза и соединения раневых поверхностей печени и почек значительно короче, чем при использовании их прототипа, что приводит к значительному уменьшению операционной кровопотери, кроме того, сроки рассасывания клеевых полимеров в ткани печени и почек почти в два раза укорачиваются, что способствует быстрому восстановлению функции печени и почек. Это свойство новых клеев связано со введением в состав цианакрилатов физиологически активных производных ферроцена, известно, что параферроценилфенол и его аллиловый эфир являются физиологически активными производными ферроцена, которые проявляют антианемические, противовоспалительные, ранозаживляющие свойства.

Выводы:

1. Новый бесшовный клеевой способ гемостаза и соединения ран является самым приемлемым в хирургии печени и почек, особенно, при ее крупных повреждениях.
2. Разработанные клеевые композиции ЦиакринАндМос и Циакрин АП-1, являясь совершенно новой группой цианакрилатных клеев, проявляют благотворные влияния в отношении тканей печени и почек.

UPPER RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

*Abdullaeva Dilmurahon Ahmadullaevna
Andijan state medical institute*

Relevance. Among schoolchildren, primary school students are most susceptible to respiratory infections - up to 50% of all cases of ARI. The urgency of the problem of often and long-term ill children is associated with a significant number of patients who can be attributed to this category. Frequently ill children account for an average of 70–85% of all cases of respiratory diseases in pediatric patients.

Purpose of the study. Study of the etiological structure of upper respiratory tract infections in primary school children.

Materials and research methods. An analysis of the medical history of 40 children of primary school age with acute respiratory infections for adenovirus infection and parainfluenza virus was carried out. Viruses were diagnosed by a serological method for determining the increase in antibody titers.

The results of the study. The results of the study showed that in 2 patients antibody titers for adenovirus increased 1.5 times, in 20 (50%) patients antibody titers for parainfluenza increased several times.

Blood was taken from patients for research twice, i.e., during the height of the disease, as well as during recovery. In parallel, to identify pathogenic flora, a bacteriological study of a smear from the pharynx and mucous membranes of the nose was carried out.

The clinical picture in 15 (37.5%) patients was manifested by pharyngitis, in 7 (17.5%) - rhinitis. The main symptoms of patients with pharyngitis were pain when swallowing, fever, headache. On examination, redness of the posterior pharyngeal wall, an increase in palatine tonsils, an increase in lymph nodes in the neck, and white plaque in the throat were noted.

In patients with rhinitis, symptoms such as malaise, low-grade fever, nasal congestion, sneezing, and serous discharge from the nose were noted. Adenovirus infection was associated with conjunctivitis. In 12 (30%) patients, parainfluenza infection was combined with a bacterial infection: inoculation from the mucous membranes of the pharynx and nose in these patients revealed the presence of streptococcal flora.

Conclusion. Thus, in the etiological structure of upper respiratory tract infections in primary school children, a significant role belongs to the parainfluenza virus and bacterial infection.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ОТДЕЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Исследовать уровень отдельных микроэлементов (меди и цинка) в сыворотке крови у детей раннего возраста с железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 детей в возрасте от 1-го месяца до 3-х лет с железодефицитной анемией, пребывающих на стационарном лечении в детской больнице г.Андижан. Проводилось общеклиническое исследование, биохимическое определение сывороточного железа (сж), меди, цинка, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ожсс), инструментальные методы исследования (ЭКГ, УЗИ внутренних органов), в случае необходимости проводился осмотр неврологом, окулистом и другими специалистами.

Результаты исследования. ЖДА I степени диагностирована у 24 (32 %) детей, II степени – 21 (28 %), III степени – 18 (24 %) и IV степень – 12 (16 %) пациентов. Мальчиков среди обследованных с анемией больше, в сравнении с девочками: 44 (58,7 %) и 31 (41,3 %) соответственно. 29 (38,7 %) пациентов – это городские дети, в большинстве случаев страдающие легкой степенью заболевания; сельских детей обследовано 46 (61,3 %) – это в основном пациенты с тяжелой и сверхтяжелой анемией. Детей, в возрасте до 1-го года было 26 (34,7 %), от 1-го года до 2-х лет – 24 (32,0 %), остальные 26 (34,7 %) – от 2-х до 3-х лет. Самые частые жалобы, заставляющие родственников показать ребёнка врачу: снижение аппетита – в 25 (33,3 %) случаев, острое респираторное заболевание и повышение температуры – 17 (22,7 %), бледность кожи – 10 (13,3 %), в части детей – 9 (12,0 %) - анемию обнаружено при проведении профилактического исследования общего анализа крови в возрасте до года.

При поступлении родители жаловались на бледность ребенка, снижение аппетита, извращение вкуса (дети чаще всего ели землю, песок, бумагу, салфетки), вялость, утомляемость, раздражительность, задержку физического или психомоторного развития.

Анамнестически удалось выяснить, что 48 (64,0%) детей родились вследствие первой беременности, 24 (32,0%) - второй, остальные 9 (12,0%) - от третьей и последующих. В случае непервой беременности промежуток между предыдущей был больше 5-ти лет только в 8 (10,7%) пациентов. Физиологическое течение беременности наблюдалось у 35 (46,7%) матерей, осложнённое - в 40 (53,3%) случаев. Естественным путём родилось 66 (88,0%) детей, родоразрешение с помощью кесарева сечения использовали в 9 (12,0%) случаях. Антенатальная профилактика анемии проводилась только в 17 (22,7%) случаев. Обращает внимание недостаточное проведение профилактических мероприятий по выявлению анемии, а именно – отсутствие профилактического общего исследования крови на первом году жизни ребёнка, только у 15 (20,0%) пациентов это обследование проводилось. Это было одной из причин позднего выявления железодефицитной анемии с тяжелой и сверхтяжелой степенью заболевания, особенно это характерно для сельских детей. У 12 (16,0%) детей анемию впервые диагностировали только в стационаре, где ребёнок находился в связи с другими заболеваниями, в этом числе 2 детей с тяжелой и 1 ребёнок со сверхтяжелой степенью анемии.

Вывод. Течение ЖДА у детей раннего возраста сопряжено с дисбалансом и других микроэлементов, что может влиять на особенности развития и возникновения иных дефицитных состояний, что в целом нарушает естественные процессы гармоничности формирования ребёнка.

ДЕЙСТВИЕ ГРУНТОТЕРАПИИ И ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р., Собирова М.Р., Ашуралиева М.А.

Андижанский государственный медицинский институт,

Целью исследования является изучения действия программы комплексной физической реабилитации в сочетании с грунтотерапией на клеточный иммунитет у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом. Для достижения этой цели проведено сравнительное изучение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, фагоцитарного индекса и показателя завершенности фагоцитоза у больных хроническим сальпингоофоритом.

Материал и методы исследования. На базах репродуктивного центра и первого родильного комплекса АГМИ проведены исследования на 96 больных с хроническим сальпингоофоритом.

В качестве метода лечения у больных основной группы применена комплексная физическая реабилитация в сочетании с грунтотерапией (термотерапия горячим грунтом неорошаемых земель, оказывающий различное физиологическое и терапевтическое действие через биологически активные точки подошвы ног, дистанционно влияющие на весь организм).

Установлено, что функциональная активность нейтрофилов (ФАН) находилась в прямой коррелятивной связи с состоянием больных. ФАН в определенной степени зависит от характера сенсibilизации. До лечения ФАН определялся несколько ниже, чем в контрольной группе $67,41 \pm 0,43$, ФИ (фагоцитарный индекс) выше $8,44 \pm 0,03$ и ПЗФ (показатель завершенности фагоцитоза) был несколько подавлен и равнялся $0,61 \pm 0,02$ ед.

Результаты и их обсуждения. Проведенное комплексное лечение оказывает благоприятное влияние на ФАН, в основном, в усилении их количественного участия в фагоцитозе: ФАН определялся $74,93 \pm 0,82$ ($P < 0,05$), ФИ $8,93 \pm 0,08$ ($P < 0,001$), ПЗФ $0,69 \pm 0,02$ ($P < 0,005$). А у больных, получивших комплексную физическую реабилитацию с грунтотерапией функциональная активность лейкоцитов значительно увеличилась в статистически достоверных величинах: ФАН $89,2 \pm 0,26$ ($P < 0,001$), ФИ $9,5 \pm 0,08$ ($P < 0,001$), ПЗФ $0,78 \pm 0,03$ ($P < 0,001$). У больных, получивших традиционную терапию, показатели функциональной активности лейкоцитов улучшились по сравнению с исходными показателями до лечения - ФАН $71,25 \pm 0,24$ ($P > 0,05$), ФИ $8,24 \pm 0,02$ ($P < 0,05$), ПЗФ $0,65 \pm 0,02$ ($P > 0,05$), но были значительно ниже таковых у больных получивших лечение по предложенной нами программе физической реабилитации с грунтотерапией.

Вывод. Предложенная нами комплексная программа лечения в сочетании с грунтотерапией оказалась довольно эффективной по сравнению с традиционной терапией при действии на клеточный иммунитет у больных с хроническим неспецифическим сальпингоофоритом.

КАСБИЙ ЙЎНАЛИШДАГИ ФАНЛАРНИ ЎҚИТИШДА АХБОРОТ КОММУНИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

*Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

ОТМнинг бакалаврият босқичи йўналишларида қуйидаги ўқитиш шакллари қўлланилади: маърузалар, амалий машғулотлар, назорат турлари, талабалар мустақил иши (аудитор ва аудиториядан ташқари) ва ҳ.к.

Маъруза ва амалий машғулотлар ўтказиш жараёнида мультимедия технологияларидан “презентация” шаклида фойдаланиш амалий дарслар сифати ҳамда ўқитиш самарадорлигини оширади. “Презентация” сўзи инлиз тилидан “намойиш” деб таржима қилинади. Мультимедияли презентация - бу компьютер дастурлари орқали маълумотларни тасвирлашнинг қулай ва самарали усулларидан биридир. У ўз ичида товуш, 3D тасвирлаш, динамика жараёнини экранга узатади, яъни эътиборни узоқ вақт мобайнида ушлаб турувчи мезонларни ишлаб чиқади. Бир вақтнинг ўзида сезиш аъзоларига таъсир ўтказиши (эшитиш, кўриш) ахборотни ўзлаштиришида юқори самара беради. Статистик маълумотларига кўра, 50%дан ортиқ инсонлар кўриш орқали маълумотни самарали ўзлаштирадilar. Айнан ёшлар ичида эса бу рақамлар юқори. Телевизор, компьютер экранлари орқали маълумот олувчи ёшлар сони ҳозирги кунда кўпайиб бормокда, улар орасида китобдан фойдаланиш кўникмаси камайган, лекин визуал муҳитда осон ориентирланадилар. Бу вербал материалларга кўра, визуаллашган материал тезкор ва самарали ўзлаштирилади, чунки бир вақтда тўлиқ тасаввур шаклланади.

Ўқув жараёнида мультимедия технологияларидан фойдаланиш ўқитиш жараёнини пассив ўқитиш усулларидан фаол усулларга ўтиш имконини яратади. Мультимедия технологиялари фаол ижтимоий-психологик усуллар сифатида ривожланиш ва тарбиялаш, муваффақиятли фаолият юритишда муҳим касбий билимларга эга бўлиш, махсус маҳорат ва кўникмалар шаклланишида вазифалар бажарилишини таъминлайди. Мультимедия танлашда ва қўллашда ўқитувчи ўзлигини ҳамда ўқув фани хусусиятларини ҳисобга олиши керак. Мультимедия технологиялари ўқув жараёнига органик мос келиши аниқланган. Мультимедия технологияларидан фойдаланиш ягона усул бўлиб қолиши хато ҳисобланади, таълим жараёни сифатини оширишда турли хил АКТлардан комбинацияли фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

MOODLE МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

*Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Электрон масофавий таълим технологияларидан фойдаланиш олий таълим муассасаларининг замонавий ўқитиш сифатига тавсиф берувчи кўрсаткичдир. Унинг мақсади халқаро, давлат андозаларига мувофиқлигида, олий таълим муассасаларининг таълим сифатини кўтаришда ва олий таълим концепциясини модернизациялашда.

Moodle масофавий ўқитишининг асосий афзаллиги ундан кенг фойдаланиш имконияти мавжудлиги. Moodle масофавий ўқитишнинг яна бир муҳим афзаллиги бу “ўқитиш (глобал) гуруҳлари” шаклланиши ва ўз тизимида дастлаб очик код орқали киришида, бу эса янги версиясига кириш мобайнида мураккаб бўлмаган инсталляция ҳамда янгилаш орқали ечимини топган, унинг махсус вазифаларининг мосланишини, имкониятини яратади. Moodle тизимидаги гуруҳлар таксимланиши талабалар фаоллигини баҳолаш ва назорат этиш учун яратилган. Билимларни баҳолашнинг курс ичида имконияти бор.

Moodle хориж ўқитиш моделига ориентирланган тизим бўлса, бизнинг ОТМларда ўқув жараёнини ташкиллаш ва бошқариш учун масофавий ўқитиш тизими ўқув гуруҳларининг устиворлигига ориентирланган. Лекин бу моделдан комбинацияланган ва адаптацияланган шаклда фойдаланиш таълим сифатини кўтаришда муҳим аҳамиятга эга.

ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИДА ЎҚИТИШ ЖАРАЁНИДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

*Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Бугунги кунда, таълим жараёнини максимал очиб берувчи ва бойитилган визуал ахборотлар билан тўлган замонавий технологиялардан фойдаланиш имкониятлари кенгайди. Компьютер технологияларидан фойдаланиш самарадорлигини ошириш мақсадида олий таълим муассасаларида педагогик шароитни таъминловчи, таълим сифатини оширувчи, таълим бериш ва илмий-тадқиқот фаолиятида интернет ресурсларини қўллаш; тушунтириш, мустаҳкамлаш ва билимлар, кўникмалар ва маҳоратни баҳолашда комплекс намойиш этиш йўллари белгиланган. Юқоридаги аспектларга қулай йўллар билан эришиш мумкин ва улар қуйидагиларга жамланади: маърузалар, семинарлар, дебатлар, дискуссиялар, суҳбатлар ва ҳ.к. Буларнинг барчаси ахборотни максимал аниқ даражада юборилишини таъминлайди ва қучайтиради, маърузачи ва ўқитувчи томондан намойиш этилган фотосуратлар, видеоматериаллар ахборотнинг ҳаққонийлигини исботлайди.

Замонавий ахборот технологиялари ўзлаштирилганда ва қўлланганда талабанинг билим даражаси ортиб боради, катта ҳажмдаги ахборот билан ишлаш, ўзини интеллектуал ва касбий ўсиши учун интернет майдонида керакли

маълумотларни излаш ҳамда филтрлаш кўникмаси ҳосил қилинади. Натижада компьютер технологияларидан ва замонавий ахборот технологияларидан фойдаланиш таълим олувчиларни касбий тайёргарлиги сифатани оширади.

ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДАГИ АХБОРОТ КОММУНИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ: МАСОФАВИЙ ЎҚИТИШДА ВЕБИНАРЛАР САМАРАДОРЛИГИ

*Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ўзбекистон Республикаси олий таълим тизимида модернизация жараёни давом этмокда ва инновацион ўқитиш усуллари компьютер саводхонлиги, телекоммуникацион технологиялардан фойдаланишга йўналтирилган, шулар қаторида таълим олувчи ва таълим берувчи ўртасидаги ўзаро ҳамкорлик масофавий таълим технологияларини татбиқ этишни тақозо этади. Таълим жараёнида инновацион ўзгаришлар, таълимдаги АКТнинг ривожланиш истикболлари электрон воситалар янги авлодининг яратилиши билан, таълим жараёнига on-line технологияларини татбиқ этиш билан боғланган. Касбий таълим тизимида замонавий АКТ воситалари қўллаш орқали вебинарлар инструмент сифатида намоён бўлиб, таълим олувчиларнинг аудиторияси кенгайиши имкониятини яратмокда. Вебинар – бу онлайн-семинарнинг махсус типи, веб-конференция, онлайн-учрашувлар ёки презентациялар реал вақт режимида ўтказилади. Вебинар давомида ҳар бир иштирокчи ўз компьютери олдида ўтириб, интернет тармоқ орқали дастурли таъминот ёрдамида бошқа иштирокчилар билан боғланиб туради.

Шундай қилиб, таълим ривожланиши устувор вазифаларига ўқитишнинг инновацион шаклларига ўтиш, таълим берувчининг роли ўзгариши, унинг профессионал компетентлиги ва фаолияти янги тушунчасига эга бўлиши, кадрлар салоҳияти ривожланиши киради

ТАЛАБАЛАРДА МУСТАҚИЛ ФАОЛИЯТНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ПЕДАГОГ ВА ТАЪЛИМ ОЛУВЧИ ЎРТАСИДАГИ ЎЗАРО ТАЪСИР

*Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Талабаларда мустақил фаолиятнинг шаклланиш жараёни педагог ва таълим олувчи ўртасидаги ўзаро таъсир натижаси деб билинади. Жараён, биринчи навбатда, педагог орқали бошқарилади ва унинг позицияси шартли равишда қуйидагича белгиланади: назорат этувчи, қўлловчи ва маслаҳат берувчи. Талабада мустақил фаолият тажрибаси шаклланиши жараёнининг ҳар бир босқичида юқоридаги поғоналар иштирокида амалга ошади. Педагогнинг назорат этувчи позицияси талабада мустақил фаолият тажрибаси шаклланиши жараёнининг бошланғич даврига ҳослиги билан тавсифланади, бунда талаба операция, технологик ва мақсадли унсурларни ўзлаштиради. Мустақил фаолият талабаларга мақсадларни, улар фаолиятининг бошқарув чегараларини белгилайди, натижаларга эришиши учун турли хил услубларга ўргатади, амалий вазифаларни бажаришида ҳар хил спектрли ечимларни таклиф этади, фаолиятида шахсан қатнашиши мумкин ва турли хил усуллар орқали унинг ривожланишини, сўнгги маҳсулотни назорат қилади. Қўлловчи позицияси талабага мақсадни, алгоритмни ва фаолиятни амалга оширишдаги қўлланадиган усуллар танлаши имкониятини берувчи, педагог доимий назорат қилиши ва фаол қўмаклашишини қўзда тутати. Педагог тутиб турган қўлловчилик позицияси талабанинг мустақил фаолияти давомида пайдо бўлган муаммоли вазиятдан чиқиб кетиши шарт-шароитларини таъминлайди. Талабанинг мустақил таълим фаолиятида қўллаб-қувватлаш мазмунини шартли равишда икки гуруҳга ажратиш мумкин: ахборот-услубий ва эмоционал-психологик қўмаклашувга. Маслаҳат берувчи ўрни мустақил фаолият жараёнида талаба томонидан юқори даражадаги билимларни, амалий кўникмаларни ўзлаштиришида педагог томонидан амалга киритилади. Бу позицияда педагог талаба фаолиятида иштирок этмайди, масофали назорат қўлланади, маслаҳат бериш муаммоли тавсифига эга, яъни пайдо бўлган қийинчиликларни мустақил равишда ечимини топишга қўмаклашади. Педагог ташкилланган рағбатлантириш тизимини қўллаши мотивацияни пайдо бўлишини қўзда тутати. Мустақил фаолиятга ундовчи мотивлар пайдо бўлишида рағбатлантириш амалий усуллари қуйидагилар киритилади: мустақил фаолиятининг намоёишлари аҳамияти; факультет микёсида талабанинг мавқе-иерархиясининг намоёиши; билвосита мотивлар тизимининг қўлланиши; талабаларни рағбатлантиришда хилма - хил усуллар қўлланиши; мустақил фаолиятининг индивидуал ва гуруҳли суҳбатларда долзарблиги. Шундай қилиб, турли хил фаолиятда мотивациянинг ривожини талабанинг иштирокига ва мустақил тажрибанинг шаклланиш жадаллашувига таъсир этади.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

*Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей респираторными аллергиями и их более тяжелому течению, и вопрос особенностей клиники и разнообразия его проявлений требует дальнейшего углубленного изучения.

Исследована группа детей, в которую вошло 48 больных с признаками аллергического ринита с различной степенью тяжести бронхиальной астмы. У наблюдаемых нами больных клиника аллергического риносинусита проявлялась сильным зудом и жжением в носу, отмечались приступы чиханья, водянистые, нередко пенные выделения, отек слизистой оболочки носа, у некоторых детей (31,6%), а также ощущения инородного тела в глазу, инъекция

сосудов склер, отечность век чаще встречались у 57,9% больных. При риноскопии у наблюдаемых больных выявлены отек слизистой оболочки носовой перегородки, отек нижних и средних носовых раковин. У 15,8% больных на слизистой оболочке можно обнаружены белые пятна вследствие неравномерного спазма сосудов. При обратной риноскопии у 42,1% больных обнаружены отечные аденоидные вегетации.

Таким образом, изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеологическом исследовании. При длительно протекающих процессах наряду с клиническими проявлениями выявляются рентгеноморфологические изменения придаточных пазух и слизистой носовых перегородок.

ВАРИАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Изучение особенностей клинических проявлений риска и механизмов их сочетанного воздействия на развитие бронхиальной астмы (БА) у детей с нарушенной функцией щитовидной железы ЩЖ до сих пор вызывает научный интерес. Взаимосвязь между состоянием ЩЖ и характером течения БА отмечена многими исследователями, но все же недостаточно изученным остается вопрос клинических проявлений у детей, что послужило основанием для наших исследований.

Исследования показали, что основным симптомом при бронхиальной астме являются периодически возникающие приступы удушья, с затрудненным дыханием на выдохе. У всех наблюдаемых детей с бронхиальной астмой, протекающей сохраненной тиреоидной функцией, приступ возникал в дневное время, но у 16% больных этой группы развитие приступа отмечалось и в ночное время; у многих больных (40%) регистрировалось повторение приступов астмы в течение одного дня.

Пониженной тиреоидной функции ЩЖ сопутствовала тяжелая БА. Приступы удушья возникали 2-3 раза в неделю и чаще, приблизительно с одинаковой частотой в дневное и ночное время, продолжаясь от 3 до 6 часов и больше; у всех больных этой группы отмечалось неоднократное повторение приступов удушья в течение одних суток.

Таким образом, выявленные особенности клинического течения БА у больных с неизменной и пониженной функцией ЩЖ дали возможность нам предположить, что в ухудшении течения и прогноза определенная роль принадлежит именно дисфункции данного органа.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЯВЛЕНИЙ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Достигнутый в последнее время прогресс в изучении механизмов развития респираторных аллергозов позволил представить новую концепцию его патогенеза, клиники, согласно которого основу заболевания составляет хронический аллергический воспалительный процесс в дыхательных путях. В связи с этим необходимо продолжать изучение факторов риска его возникновения, что и явилось целью наших исследований.

Обследовано 48 больных с различной степенью тяжести atopической бронхиальной астмы и 19 больных с круглогодичным вазомоторным аллергическим ринитом. У наблюдаемых нами детей с atopической бронхиальной астмой следует выделить следующие факторы, которые усиливали действие причинно-значимых факторов. Так, у 35% матерей наблюдаемых больных во время беременности отмечались признаки токсикоза, у 32% детей выявлялись признаки антен- и интранатальной гипоксии, 41% детей в течение первых трех месяцев жизни был переведен на смешанное или искусственное вскармливание, у 57% пациентов в раннем возрасте отмечались признаки экссудативно-катаральной аномалии конституции, у 34% больных был диагностирован сопутствующий atopический дерматит, у 84% детей отмечались частые респираторные вирусные инфекции, у 36% - перенесенная пневмония, у 32% - перенесенный обструктивный бронхит, у 16% наблюдаемых детей были выявлены плохие жилищно-бытовые условия и у 50% - пассивное табакокурение.

Таким образом, на формирование круглогодичного аллергического ринита в большей степени влияют фоновые конституциональные изменения, которые формируются в антенатальном периоде, и перинатальные факторы риска, а также усугубляются сопутствующей соматической патологией.

ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИДА МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДАН ФОЙДАЛАНИШ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон Республикаси замонавий таълим тизимининг вазифаларидан бири нафақат билим ҳажмини ошириш, балки ушбу билимларни талабалар томонидан мустақил равишда ўрганишга йўналтириш. Ўз навбатида, бу жараён жадаллаштирилган таълим технологияларидан фойдаланиш эҳтиёжини қакиради. Шундай талабларга жавоб берадиган таълим - масофавий таълимдир.

Масофавий таълимнинг анъанавий таълимдан фарқи шундаки, ўқув жараёни мобайнида талаба таълим берувчидан узоклашади, яъни бевосита контактдан махрум бўлади. Масофавий таълим афзалликларидан бири, бу турли географик узок ҳудудларда таълим олувчилар сони ортишининг имконини яратди. Масофавий таълим тизимида ўқув жараёни самарадорлигининг ортиши натижасида турли хил масофавий мулоқот шакллари ривожлантириш мумкин, янги таълим технологияларининг кенг қўлланиши, талабаларнинг билиш мотивациясини фаоллаштириш кузатилади, шунингдек уларнинг фаолияти кенгайди.

Масофавий таълимни муваффақиятлиги маълум бир даражада психологик, педагогик ва тиббиёт аспектларига боғланади, демак, ўқитиш жараёни аниқ шаклланган бўлиши, барча ўқитиш кадамлари чуқур ишлаб чиқилиши талаб қилинади.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Абдуллаев Н. Ч.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В последние годы особый интерес аллергологов направлен на изучение патогенетических механизмов атопического воспаления, при этом большое внимание придается исследованию кооперативных взаимодействий между клетками иммунной системы, обеспечиваемых секрецией и рецепцией цитокинов. В формировании атопического воспаления принимает участие множество различных медиаторов воспаления, их функции во многом взаимосвязаны, но о течении воспалительного процесса с определенной долей вероятности можно судить по нескольким цитокинам, играющим центральную роль в развитии воспалительных реакций. К их числу относится интерферон- γ (ИФН γ), а также фактор некроза опухолей- α (ФНО α) и интерлейкин 1 (ИЛ-1). В настоящее время установлено, что у больных атопическими заболеваниями отмечается функциональная несостоятельность Th1-клеточной системы, степень которой, в числе многих других факторов, обуславливает тяжесть течения атопического воспаления и приводит к снижению синтеза ИФН γ . Преобладание субпопуляций Th2-клеток, ответственных за дифференцировку В-лимфоцитов в IgE-продуцирующие плазматические клетки и снижение физиологического ингибирующего действия ИФН γ на синтез IgE, приводит к гиперпродукции IgE.

Целью исследования явилось проведение сопоставления содержания в сыворотке крови ИЛ-1 α , ФНО α , ИФН γ и клинической характеристика приступа бронхиальной астмы (БА) у детей для выявления возможных клинико-иммунологических критериев тяжести приступного периода заболевания в детском возрасте.

Материал и методы исследования. У 86 больных БА детей определен уровень содержания в сыворотке крови ИФН γ , ФНО α и ИЛ-1. 23 пациента находились в состоянии тяжелого приступа бронхообструкции, 21 – приступа средней тяжести, 24 – легкого приступа и 18 детей (группа сравнения) находились в периоде ремиссии заболевания. Определение цитокинов проводилось методом ИФА, тест-системы ООО «Цитокин» (ГНЦ НИИ особо чистых биопрепаратов, СПб, Россия), согласно прилагаемой инструкции.

Результаты исследования. Полученные нами данные демонстрируют достоверную зависимость концентрации уровня воспалительных цитокинов в сыворотке крови от тяжести приступа бронхиальной астмы у детей. Особенно выраженные нарушения отмечены у детей во время тяжелого приступа БА. Выявленные изменения достоверно отличались от значений, полученных в группе сравнения. Было установлено, что при тяжелом приступе БА уровень сывороточного ФНО α значительно повышен $-125,3 \pm 5,6$ пг/мл против $73,6 \pm 3,8$ пг/мл при ремиссии, при приступе БА средней тяжести отмечено умеренное повышение этого цитокина $-93,6 \pm 5,2$ пг/мл, при легком приступе БА уровень ФНО α сопоставим с группой сравнения ($71,8 \pm 3,5$ пг/мл). При тяжелом и среднетяжелом приступе БА отмечено повышение сывороточного уровня ИЛ-1 α ($231,4 \pm 7,2$ пг/мл и $98,7$ пг/мл соответственно, ремиссия $-38,9 \pm 2,6$ пг/мл). Не обнаружено повышения уровня ИЛ-1 α в сыворотке крови при легком приступе БА ($46,7 \pm 2,4$ пг/мл). В приступном периоде БА отмечен пониженный уровень ИФН γ . Выявленные изменения для тяжелого приступа БА $-24,3 \pm 2,2$ пг/мл, приступа средней тяжести $-21,2 \pm 2,0$ пг/мл и легкого приступа $-22,4 \pm 2,3$ пг/мл, достоверно ($P < 0,05$) отличались от показателей в группе сравнения $-29,7 \pm 2,5$ пг/мл.

Отмечено, что при воспалительной ремиссии ИФН γ , активируя макрофагальное звено иммунитета, является прямым индуктором синтеза ИЛ-1 (при воспалительной реакции, обусловленной воздействием инфекционного агента, в большей степени, и в меньшей степени – при атопическом воспалении). ИЛ-1 в физиологических условиях способен усиливать выработку ИФН γ путем активации Th1-клеток. Следовательно, физиологичным является высокая степень взаимосвязи их сывороточного содержания.

Таким образом, приступный период бронхиальной астмы характеризуется высоким содержанием ФНО α и ИЛ-1 α в сыворотке крови, что коррелирует с тяжестью приступа бронхиальной астмы. Также для приступного периода бронхиальной астмы, по сравнению с ремиссией заболевания, характерно не зависящее от тяжести приступа снижение концентрации в сыворотке крови ИФН γ . Полученные данные являются теоретической предпосылкой, позволяющей рассматривать целесообразность применения при БА иммунокорректирующих препаратов, а так же включения в план базисного лечения БА в качестве патогенетической терапии препаратов ИФН γ и его индукторов.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдулхакова Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патогенез когнитивных нарушений объясняется повреждающим действием повышенного артериального давления (АД) на сосудистую систему и вещество головного мозга. Патологические изменения головного

мозга могут появляться задолго до клинических признаков неврологического дефицита, обуславливая развитие энцефалопатии. Состояние мозгового кровообращения у подростков с ЭАГ изучено недостаточно. В имеющихся исследованиях было показано, что начиная с ранних этапов заболевания, у таких подростков обнаруживаются изменения, затрагивающие все звенья церебральной гемодинамики.

Обнаруживаемые нарушения мозгового кровообращения обуславливают необходимость поиска методов их коррекции. Церебропротективный эффект гипотензивных препаратов выражен в разной степени, а достижение целевых уровней АД не гарантирует нормализации мозгового кровотока, иногда приводя к обратному эффекту. С учетом этого, представляется интересным вопрос о целесообразности использования в качестве средств церебропротекции ноотропных и сосудистых препаратов, назначенных в дополнение к гипотензивной терапии.

Цель исследования. Изучить качество жизни, психологический портрет личности и когнитивные возможности подростков 14-17 лет с повышением АД во взаимосвязи с параметрами артериального давления, мозгового кровообращения и вегетативного гомеостатизма.

Материалы и методы исследования. Был обследован 101 подросток в возрасте от 14 до 17 лет с разными формами ЭАГ, в том числе 62 (61,4%) юноши и 39 (38,6%) девушек. Вторичная АГ была критерием исключения из исследования. Группой сравнения были 38 практически здоровых подростков, идентичных по возрастному и половому составу основной группе.

Результаты исследования. Качество жизни у подростков с различными уровнями АД снижено по сравнению со здоровыми подростками. В наименьшей степени эти изменения выражены у подростков с ФГБХ. У подростков с ЛАГ отмечаются наихудшие показатели, выражающиеся в снижении и физического, и психического функционирования пациента. У подростков с САГ отмечается в большей степени нарушение физического функционирования. Родители подростков с АГ как правило переоценивают тяжесть нарушения физического здоровья своих детей и недооценивают психического.

Подростки с повышением АД имеют ряд изменений психологического портрета личности. В наибольшей степени они выражены у подростков с ЛАГ, и носят тревожно-депрессивный и психоастенический характер.

У подростков с САГ отмечаются снижение когнитивных возможностей, что позволяет считать их «функцией-мишенью» для повреждающего действия повышенного артериального давления.

Подростки с повышением АД имеют изменения церебральной гемодинамики, зависящие от формы АГ. Наибольшие изменения характерны для подростков со САГ, наименьшие - для ФГБХ.

Включение препарата сосудисто-ноотропного действия пираретам/циннаризин в терапию подростков с повышением АД приводит к улучшению нарушений мозгового кровообращения, а также корригирует показатели психосоциального статуса.

Вывод. Исследовано качество жизни, психологический портрет личности и когнитивные возможности подростков с повышением АД, при этом установлено, что прямого соответствия между степенью нарушения данных показателей и уровнем АД нет. Наибольшее снижение качества жизни и нарушение профиля личности обнаружено в группе подростков с ЛАГ, поэтому рекомендовано мониторировать данный контингент как имеющий наибольший уровень психоэмоционального напряжения. Показана необходимость использования опросника MOS SF-36 в комплексной оценке подростков с повышением АД. Рекомендовано использовать феномен проху-problem (расхождение в оценке качества жизни подростка, данное им самим и его родителями) как критерий неблагополучия семейной среды подростка.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Абдулхакова Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В структуре заболеваний системы пищеварения у детей ведущее место занимает патология верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), для которой характерен неуклонный рост. В настоящее время заболеваемость гастродуоденальной патологией в зависимости от региона России колеблется в пределах 15-48%. При этом частота выявления гастродуоденитов (ГД) и язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) у детей несколько снизилась с 60% до 50% и с 10,7% до 7,2% соответственно, частота гастритов и дуоденитов сохраняется на стабильном уровне - 20-25% и 151% соответственно, в то время как патология пищевода увеличилась в 2,5 раза.

Язвенная болезнь (ЯБ) несмотря на свою многовековую историю и достигнутые успехи по изучению этиологии и патогенеза, а также разработке основных принципов диагностики и лечения продолжает вызывать интерес, как с научной, так и с практической точки зрения, что связано с ее распространенностью, частым рецидивированием, развитием тяжелых осложнений, приводящих к снижению качества жизни больных любого возраста.

Цель исследования. Является оптимизация оказания помощи детям, страдающим ЯБ с учетом особенностей ее клинико-эндоскопически-морфологических проявлений и характера течения на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было проведено исследование, состоящее из 2 этапов:

1 этап: Ретроспективный анализ результатов клинико-эндоскопического-го исследования 2000 детей (1128 мальчиков и 872 девочки) с ЯБ, в возрасте от 3 до 18 лет (средний возраст $12,8 \pm 3,64$ года),

2 этап: Анализ клинико-эндоскопически-морфологических параллелей течения язвенного процесса, а также оценка качества оказания помощи детям с ЯБДК на современном этапе. С этой целью был обследован 151 ребенок (133 мальчика и 18 девочек) с ЯБДК в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст $13,7 \pm 1,9$ лет ($p=0,05$)), находившийся на лечении в гастроэнтерологическом отделении АОМЦДБ.

Результаты исследования. У детей с ЯБДК имеют место структурные изменения СО, определяющие состояние факторов агрессии, отмечающиеся существенными различиями по полу, и факторов защиты, которые характеризуются индивидуальным сложным балансом морфологических показателей.

Гиперплазия желез тела желудка, увеличение относительного числа париетальных клеток в составе желез, гипотрофия СО ЛДК и снижение секреции БЖ, характерные для большинства больных с ЯБДК, отражают важные процессы, участвующие в формировании ЯБДК у детей, что делает их значимыми как с точки зрения морфологической диагностики, так и с позиции выбора тактики патогенетической терапии.

Структурные изменения СОЖ и выраженность инфицирования Нр у детей с ЯБДК меняются синхронно, о чем свидетельствует показатель толщины СО, а также глубины желез ТЖ и АоЖ в зависимости от степени инфицированности Нр.

Анализ структурных изменений СОЖ в зависимости от функции кислото-образования показал, что увеличение секреторной функции желудка сопровождается увеличением средних значений глубины желез ТЖ. На фоне высокой желудочной секреции у всех детей в составе желез ТЖ отмечается существенное увеличение числа париетальных клеток и уменьшение относительного количества главных клеток, которые вырабатывают пепсин и желудочную липазу.

Несоблюдение стандартов диагностики ЯБДК и тактики диспансерного наблюдения за детьми, страдающими данной патологией, снижает качество оказания медицинской помощи этой категории больных, что приводит к поздней диагностике и увеличению частоты рецидивирования заболевания у детей.

Вывод. В результате проведенного исследования было показано, что своевременная диагностика ЯБДК у детей базируется на знании современных тенденций в течение заболевания, роли наследственных факторов в его формировании, а также соблюдении стандартов диагностики, адекватном лечении, регулярном диспансерном наблюдении и профилактике рецидивов. Все вышеизложенное позволяет добиться стойкой клинко-эндоскопической ремиссии ЯБДК в течение многих лет и значительно повысить качество жизни больных с этой распространенной патологией детского возраста.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Абдулхакова Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нарушения липидного обмена играют важную роль в развитии диабетических микроангиопатий. Гипергликемия и избыток липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) способствуют образованию конечных продуктов гликирования белков и атерогенной модификации ЛПНП, обладающих цитотоксичностью, в том числе, и по отношению к клеткам эндотелия. Кроме того, гиперхолестеринемия угнетает образование оксида азота (NO), важнейшего вазодилатора.

Все это способствует ДЭ и формированию микроангиопатий. Одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных сосудистых осложнений СД 1 типа является диабетическая нейропатия. Данное осложнение значительно снижает качество жизни больных и приводит к развитию инвалидизирующего «синдрома диабетической стопы».

В последние годы все большее значение придают ДЭ в патогенезе развития различных заболеваний, в том числе и СД 1 типа. Но остается до конца не изученным вклад данного процесса в развитие микроангиопатий при СД 1 типа у детей.

Цель исследования. Установить закономерности клинического течения, изменений липидного обмена и состояния функции эндотелия у детей с сахарным диабетом 1 типа с последующей разработкой комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Объект исследования - дети в возрасте от 1 до 17 лет (n=139), больные сахарным диабетом 1 типа, комплексное обследование которых проводилось на базе поликлинического отделения детской клинической больницы г. Андижан.

Результаты исследования. По мере увеличения длительности сахарного диабета 1 типа у детей отмечается прогрессивный рост числа микрососудистых осложнений и суточной потребности в инсулине, наиболее выраженной в случаях развития диабетической микроангиопатии; указанные изменения не зависят от пола больного и наличия у него признаков пубертата.

При сахарном диабете 1 типа происходит нарушение метаболизма липидов, представленное увеличением уровня общего холестерина; указанные сдвиги сопровождаются повышением холестерина липопротеидов низкой плотности и снижением содержания триглицеридов у детей с длительностью заболевания от 1 до 5 лет. У мальчиков с сахарным диабетом 1 типа уровень холестерина липопротеидов высокой плотности выше, а коэффициент атерогенности ниже, чем у девочек, независимо от возраста.

У детей с сахарным диабетом 1 типа установлено снижение нитроксидпродуцирующей функции эндотелия, наиболее выраженной при повышении гликемии и уровня HbA_{1c}, а также в случаях возникновения диабетических микроангиопатий. Наряду с указанными изменениями возрастает концентрация асимметричного диметиларгинина у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа более 5 лет. Содержание эндотелина-1 не зависит от длительности заболевания, возраста и пола больного, качества гликемического контроля, наличия микрососудистых осложнений.

Выявлено увеличение уровня десквамированных эндотелиоцитов уже на ранних стадиях сахарного диабета 1 типа, которое сохраняется независимо от длительности болезни, возраста и пола ребенка и наиболее выражено при развитии диабетических микроангиопатий.

Применение в комплексной терапии сахарного диабета 1 типа препарата а-липовой кислоты (Берлитион®, Берлин-Хеми) патогенетически обосновано и оказывает нормализующее действие на уровень асимметричного диметиларгинина.

Вывод. Проведенное исследование позволяет считать, что изменение функциональной активности эндотелия (увеличение содержания АДМА и снижение уровня NO₃), а также его повреждение (увеличение количества ДЭЦ)

являются важными механизмами развития диабетических микроангиопатий. Полученные результаты позволят прогнозировать течение заболевания и оптимизировать патогенетическую терапию.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Абдуманнопова З., Юлдашева А.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) относится к числу часто встречающихся клинических симптомокомплексов и неизменно привлекает внимание многих ученых.

Цель исследования - показать различия клинических проявлений поликистозных яичников и мультикистозных яичников (МКЯ).

Материалы и методы исследования Было обследовано 30 женщин от 16 до 36 лет, с диагнозом СПКЯ. В ходе обследования мы получили две группы: 1-ю составили 24 (80%) с СПКЯ и 6 (20%) - с МКЯ. В У всех обследованных определяли гормональный статус определяя ФСГ ЛГ тестостерон эстрогены и прогестерон УЗИ и доплерометрию

Результаты й группе нарушения менструальной функции начинались с менархе, проявляясь по типу: аменореи 2 (26%), олигоменореи (74%) с первичным бесплодием в анамнезе. Во 2-й группе в анамнезе период регулярных менструаций с последующим нарушением менструальной функции в виде олигоменореи (100%) и наличием хотя бы одной беременности. Среди двух групп отмечена четкая клиническая картина по данным морфометрии: в 1-й группе акне 47%, гирсутизм число 11-16 баллов; во 2-й группе акне 27%, гирсутизм число 7- 10 баллов. Гормональный скрининг выявил гиперандрогению в 1-й группе 100%, во 2-й группе лишь 20%.

Вывод Таким образом, сбор анамнеза, морфометрия с самого начала обследования позволяют соотнести клиническую картину с определенной нозологической формой. Нами выработан алгоритм обследования больных с СПКЯ

ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Абдуманнопова З.М., Негматшаева Х.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одним из наиболее распространенных экстрагенитальных заболеваний женщин детородного возраста является варикозная болезнь.

Цель. Оценка влияния варикозной болезни на течение и исход беременности.

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ течения беременности у 24 женщин с варикозной болезнью и 24 беременных в контрольной группе.

Обе группы по возрасту и срокам беременности были сопоставимы.

Средний возраст женщин обеих групп составил 27,2 ± 3,1 лет.

Критериями исключения из групп явились преэклампсия и сопутствующие тяжелые экстрагенитальные заболевания.

Согласно клинической классификации СЕАР, у 20 пациенток имелся II клинический класс (C2), у 4 пациенток III клинический класс (C3) хронической венозной недостаточности.

Сочетанное варикозное расширение большой подкожной вены и ее притоков, вен вульвы и влагалища отмечалось у 10 (41,7%) пациенток, изолированное расширение подкожной вены и её притоков у 12 (12%) беременных, а синдром тазового венозного полнокровия, расширения большой подкожной вены и вен наружных половых органов в 2 (8,3%) случаях.

Результаты. В конце второго триместра у 10 (41,7%) беременных основной группы отмечались дизурические расстройства, тогда как у пациенток контрольной группы эти явления имели место лишь в 1 (4,2%) наблюдении.

Частота плацентарной недостаточности у пациенток основной группы (50%) была выше, чем в контрольной группе – только у 1 (4,2%) пациентки.

Ограничение внутриутробного развития плода отмечалось у 3 (12,5%) пациенток основной группы.

Угроза прерывания беременности в основной группе зарегистрирована в 14 (58,3%) случаях, в контрольной группе – только у 1 (4,2%) пациентки.

В основной группе многоводие было у 4 (16,7%) пациенток, тогда как у беременных контрольной группы оно имело место лишь в 1 (4,2%) случае.

У 4 (8,3%) обеих групп отмечались отеки различной степени, при этом с достоверным различием: у 3 (12,5%) пациенток основной и у 1 (4,2%) контрольной групп.

Вывод. Результаты проведенного исследования подтверждают, что сопутствующая варикозная болезнь приводит к увеличению частоты различных осложнений гестации - плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, ограничения развития плода, многоводия, отеков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЮФАЛАК И ЭКСПОРТАЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Абдурашидов А.А., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Данная патология занимает особое место в детском возрасте, что можно объяснить морфофункциональной незрелостью кишечника, широкой распространённостью искусственного вскармливания, стрессами, связанными с введением прикорма или новых продуктов в пищевой рацион, формированием туалетных навыков, началом посещения детского сада и школы.

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности применения препаратов Дюфалак и Экспортал для лечения хронических запоров у детей.

Методы. В ходе исследования посредством рандомизации 34 пациентов диагностического отделения ОДММЦ (г.Андижан) были разделены на две группы по 17 детей, сопоставимые по полу и возрасту. Представителям первой группы в качестве базисной терапии был назначен препарат дюфалак, пациентам второй группы — препарат экспортал в возрастной дозе с 1-го дня пребывания в стационаре с оценкой эффективности при выписке на 10-й день. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы Biostatistica и табличного редактора Microsoft Excel 2003. Статистическую значимость полученных данных определяли методом вариационной статистики. Для сравнения показателей при приёме дюфалака и экспортала в случае нормального распределения использовали парный критерий Стьюдента, если распределение отличалось от нормального критерия Уилкоксона. Для оценки корреляции в случае нормального распределения сопоставляемых переменных использовали критерий Пирсона, в иных случаях производили расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Пациентов из первой группы беспокоили отсутствие самостоятельного стула — у 7 (47%) человек, боль в животе — у 4 (27%), вздутие живота — у 4 (27%), отсутствие позывов на дефекацию — у 6 (40%), болезненная дефекация — у 4 (27%), плотный стул по типу «овечьего кала» — у 8 (53%), чувство неполного опорожнения кишечника — у 4 (27%), кал большого диаметра — у 2 (13%), каломазание — у 3 (20%), кровь в стуле — у 2 (13%). Для сравнения, во второй группе отмечены такие симптомы заболевания, как отсутствие самостоятельного стула — у 5 (33%), боль в животе — у 4 (27%), вздутие живота — у 4 (27%), отсутствие позывов на дефекацию — у 5 (33%), болезненная дефекация — у 8 (53%), плотный стул по типу «овечьего кала» — у 6 (40%), чувство неполного опорожнения кишечника — у 3 (20%), кал большого диаметра — у 5 (33%), энкопрез — у 4 (27%), кровь в стуле — у 3 (20%). При сборе анамнеза и проведении лабораторных и инструментальных методов исследования у детей были выявлены и заре-

гистрированы сопутствующие заболевания. У пациентов первой группы: неврологическая патология — у 5 (33%), болезни билиарного тракта — у 7 (47%), пищевода — у 2 (13%), желудка — у 1 (7%), почек — у 2 (13%), атрезия ануса в анамнезе — у 2 (13%), мегаколон — у 2 (13%), геморрой — у 1 (7%), аллергические заболевания — у 3 (20%). Структура сопутствующей патологии во второй группе: неврологическая патология — у 4 (27%), болезни билиарного тракта — у 9 (60%), пищевода — у 2 (13%), желудка — у 5 (33%), почек — у 2 (13%), двенадцатиперстной кишки — у 2 (13%), мочевого пузыря — у 1 (7%), малые аномалии развития сердца — у 4 (27%), долихосигма — у 2 (13%), трещина ануса — у 3 (20%), аллергические заболевания — у 1 (7%), киста яичника — у 1 (7%), спаечная болезнь — у 1 (7%). Отягощённую наследственность по запорам отмечали 4 (27%) пациента в обеих группах. Большинство детей ранее получали лечение по поводу хронического запора амбулаторно без достижения должного эффекта. В первой группе: стимулирующие слабительные — 7 (47%), осмотические препараты — 12 (80%), прокинетики — 6 (40%); во второй группе соответственно 6 (40%), 14 (93%) и 6 (40%). По итогам стационарного лечения зарегистрировано клиническое улучшение у большинства детей в обеих группах. За время госпитализации более чем у половины пациентов вне зависимости от выбора осмотического препарата появилась регулярность дефекации и нормализовался характер стула. По итогам стационарного лечения зарегистрировано клиническое улучшение у большинства детей в обеих группах. За время госпитализации более чем у половины детей вне зависимости от выбора осмотического препарата появилась регулярность дефекации, нормализовался характер стула. Нежелательные эффекты встречались у небольшого количества пациентов.

Вывод. Проведённое исследование эффективности и безопасности применения препаратов Дюфалак и Экспортал у детей с хроническими запорами подтвердило одинаковую эффективность и безопасность использования этих препаратов, что позволяет рекомендовать данные препараты к широкому использованию в клинической практике.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

Абдурашидов А.А., Ганиев А.Г., Мирзаева З.У.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность Атопический дерматит (АД) — хроническое воспалительное заболевание кожи, один из самых распространенных дерматитов; АД поражает до 20% детей и 1-3% взрослых в большинстве стран мира. Одной из современных особенностей атопического дерматита (АД) является патоморфоз клинических проявлений, связанный с формированием осложненных вторичной инфекцией форм заболевания. Развитие осложненных форм АД обусловлено снижением барьерной функции кожных покровов по отношению к микроорганизмам, нарушением процессов кератинизации, изменением pH кожи, нарушением водно-липидного слоя кожи, препятствующего внедрению условно-патогенных и патогенных бактерий и грибов, наличием входных ворот для инфекции вследствие расчесов и зуда. За последние десятилетия произошли некоторые изменения клинических характеристик АД. На современном этапе одной из особенностей его течения является учащение перехода острых форм в хронические. Вовлечение в патологический процесс наряду с кожей многих органов и систем организма позволяет рассматривать АД как системное заболевание. В

развитии АД четко прослеживается наследственная предрасположенность, наряду с которой важную роль в реализации заболевания играют различные аллергены (пищевые, клещевые, пыльцевые, эпидермальные, грибковые, бактериальные) и факторы окружающей среды.

Цель. Рассмотреть распространённость, причины патогенеза atopического дерматита, изучить современные классификационные подходы заболевания. Кроме того, обратить внимание на предложенные сегодня клиницистами методы лечения и профилактики atopического дерматита у детей школьного возраста.

Материал и методы. Изучено 105 историй болезней стационарных пациентов детского аллергического отделения ОДММЦ г. Андиган за сентябрь и декабрь 2019 года. Главным критерием выборки историй болезней был основной диагноз пациентов – atopический дерматит. В ходе работы был использован метод сравнительного анализа результатов в виде графиков, таблиц и диаграмм, основанных на полученных данных из выборки историй болезней.

Результаты. Был проведён анализ полученных данных по критериям возрастного показателя, этиологических факторов, диагностических параметров, патогенетических данных; был сделан сравнительный анализ полученных результатов. Так же были рассмотрены основные методы лечения пациентов с atopическим дерматитом. Свидетельствуют о наличии у детей с atopическим дерматитом отягощённой наследственности в отношении аллергических заболеваний. Приблизительно у 80% детей, страдающих atopическим дерматитом, выявляется отягощённый по аллергическим заболеваниям анамнез (пищевая аллергия, поллиноз, бронхиальная астма, рецидивирующие аллергические реакции у родителей). При этом чаще обнаруживается связь с аллергическими заболеваниями по линии матери (до 60-70%), реже – по линии отца (до 18-22%). При наличии аллергических заболеваний у одного из родителей риск развития atopического дерматита у ребёнка составляет 45-50%, а при наличии аллергических заболеваний у обоих родителей – 60-80%, тогда как риск формирования atopического дерматита у детей от здоровых родителей значительно ниже и колеблется в пределах 10-20%. В настоящее время atopический дерматит рассматривается как мультифакториальное полигенное заболевание. Развитие хронического аллергического воспаления кожи, лежащего в основе atopического дерматита, обусловлено эндогенными факторами (генетическая предрасположенность к atopии и гиперреактивности кожи, нарушения нейрои́ммуноэндокринного комплекса и др.), которые при воздействии причинно-значимых и неспецифических факторов внешней среды приводят к клинической манифестации заболевания. Поддерживают хроническое аллергическое воспаление кожи и усугубляют течение atopического дерматита у детей имеющиеся метаболические нарушения, дисфункция многих органов и систем, интеркуррентные инфекционные заболевания.

Вывод. Таким образом, проведён сравнительный анализ, основанный на полученных результатах исследования, который позволил получить наглядную картину по некоторым критериям данного заболевания на момент стационарного лечения выбранных больных детей. В результате исследования были обнаружены изменения в сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, иммунной и других системах, что является подтверждением мнения о полиорганном характере данного заболевания.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Агранович О.В., Агранович А.О., Павлова Т.В., Феденко А.В., Меликов Ф.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь
Краевая детская клиническая больница, г. Ставрополь
Краевой лечебно-реабилитационный центр, г. Ставрополь*

Актуальность исследования. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных, тяжелых заболеваний нервной системы, имеющем большое медико-социальное значение. В подавляющем большинстве случаев эпилепсия, возникает в детском возрасте. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире диагноз эпилепсии имеют 50 миллионов человек, в России примерно около полмиллиона больных эпилепсией. Как инвалидизирующее заболевание эпилепсия нарушает все параметры здоровья ребенка: физическое – возникновение припадков и их последствий, психическое – дефекты познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личностного развития, социальной – дезадаптация, вызванная изоляцией от общества. При этом социальная дезадаптация усугубляет, как нарушения формирования учебной деятельности и психического развития, так и течение приступов. Из этого следует, что проявления эпилепсии не сводятся только к приступам; но и связаны с адаптацией больных в обществе, социальной поддержкой. Порой не сама эпилепсия и не приступы болезни, как основное проявление этого заболевания, определяют отсутствие здоровья, а социальные, экономические, моральные аспекты неблагополучия обременяют пациентов и их родственников. Поэтому, необходимо обязательное включение в программу комплексной реабилитации детей с эпилепсией не только медицинской, психолого-педагогической коррекции, но и социальной реабилитации таких детей.

Цель исследования: провести изучение отношения здоровых людей на проблему эпилепсии в контексте стигмы больных эпилепсией.

Материалы и методы: исследование проводилось на клинических базах кафедры неврологии и нейрореабилитации Ставропольского медицинского университета (г. Ставрополь). В ходе исследования было опроанкетировано 160 родственников больных эпилепсией и 200 людей разных социальных слоёв населения.

Результаты.

Проведенные исследования показали, что для родственников детей, страдающих эпилепсией, наиболее значимыми проблемами, являются:

- в 35,0% неизвестность исхода заболевания,
- 26,5% ожидание очередного приступа, -
- 18,9 % необходимость регулярного приёма лекарственных препаратов,
- 10,0% финансовые проблемы приобретения лекарств и проведения обследования, - 5,4% ограничения при выборе профессии,
- 4,0% ограничения в режиме.

Не скрывают факт болезни ребенка 46,4% родителей. Скрывает наличие эпилепсии у ребенка 53,6% родителей: в 15,8% из-за ограничений при выборе профессии; 15,8% - препятствия при будущем вступлении в брак, 14,4% из-за возникающих ограничений в обучении, 4,4% - отчуждения родственниками, 3,8% угрозы распада семьи.

При анализе ответов респондентов по отношению самого общества к проблеме эпилепсии наиболее препятствующими вступлению в брак с больным эпилепсией оказались учителя и рабочие, наиболее толерантными - студенты медицинского университета и лица с высшим образованием (служащие и руководители).

Более 60% респондентов ограничивают себя в финансовых отношениях с больными эпилепсией, особенно рабочие.

Четверть респондентов не разрешили бы играть своему ребёнку вместе с ребёнком, страдающим эпилепсией. Среди них большую часть занимают лица с педагогическим образованием - учителя и воспитатели детских садов.

37,0% опрошенных испытывали бы дискомфорт, если бы их соседом по дому являлся больной, страдающий эпилепсией.

Совместное путешествие с больным эпилепсией тяготило бы две трети респондентов, преимущественно рабочих и учителей (соответственно 77,0% и 68,0%).

Выводы. Проведенное исследование выявило основные проблемы в жизни больных эпилепсией. Вместе с тем, больные эпилепсией - это часть нашего общества. Они ходят в школу, получают работу, женятся и имеют детей, и, несмотря ни на что, ведут полноценную жизнь. Поэтому, реабилитационные мероприятия больных эпилепсией должны включать, как мероприятия по компенсации психологических проблем, так и формирование правильного отношения общества к таким больным.

ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Адилова С.Р.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина, Узбекистан

Актуальность По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гипертензивные нарушения у беременных признаны одними из наиболее тяжелых осложнений беременности и являются ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В настоящее время этиопатогенез данного состояния еще глубоко не изучен, отсутствуют прогностические биомаркеры гестационной гипертензии и её осложнений, наблюдаемые при беременности и занимающие 2-3-е место в структуре материнской смертности, что подчеркивает значимость и требует современного решения данной проблемы

Цель исследования: изучение факторов, предрасполагающих к развитию преэклампсии, течение беременности и родов у женщин с гипертензивными расстройствами.

Материалы и методы исследования: Проведён ретроспективный анализ истории родов женщин, у которых беременность осложнилась гипертензивными состояниями, в период с 2018 г. по 2019 г, предоставленных Областным Перинатальным центром города Бухары.

Материалы для исследования включали медицинскую документацию пациенток, результаты лабораторных анализов (общий анализ крови и биохимический анализ крови), ультразвуковые заключения и данные различных анализов мочи на наличие белка.

Результаты исследования: За 2018-2019 год в ОПЦ было 6273 родов. Из них роды осложнённые с преэклампсией тяжелой степени у 358 (5,7%) рожениц, с преэклампсией легкой степени у 72 (1,1%) У 430 женщин с преэклампсией, которые составили 6,8% от общих родов гестационная гипертензия установлено у 276 (4,4 %) женщин, только у одной женщины отмечалось эклампсия. 73 (11,6%) у беременных в стационаре гестационная гипертензия перешла в преэклампсию тяжелой степени. 81 беременные с легкой преэклампсией перешли в преэклампсию тяжелой степени на фоне консервативной терапии. У 1 (0,16%) беременных преэклампсия тяжелой степени осложнилась эклампсией.

Полученные данные показали, что гипертензивные нарушения в виде преэклампсии имеют тенденцию развития у молодых беременных женщин (в возрастной группе от 23 до 29 лет), следовательно, молодые женщины больше подвержены гипертензивным состоянием. 57,6 % женщин возраст в среднем составил 25,5 ± 1,9, и 26,4% женщины возрасте от 30 до 34 лет.

У женщин с преэклампсией из соматических заболеваний часто развивалась анемия различной степени у 339 (79 %), заболевания сердца у 8 (2%), почек (ИМТ) у 103 (24%) и заболевание печени у 13 (3%), диабет в 4 (1%) случаев. Как видно, эти факторы могут быть признаны как относительно предрасполагающие факторы возникновения гипертензивных нарушений.

Изучения ведение беременных показало что у всех было проведено противосудорожное терапия с магний сульфатом нагрузочная доза по Зуспану 4-5гр сухого вещества в/в в течение 20 мин, затем поддерживающая доза 1-2г/ч сульфата магния, также проведено антигипертензивная терапия. У женщин до 34,6 нед беременности проводилось профилактика респираторного дистресс синдрома с дексаметазоном.

При изучении введение родов, было отмечено всего вагинальных родов с преэклампсией тяжелой степени 136 (38,0%) случаев. Индукция родов согласно Национальным стандартам проведена у 29,7% пациенток. Обезболивание в родах центральными анальгетиками у 115 женщин, и обезболивание методом эпидуральной анестезии у 21 рожениц.

Оперативные родоразрешение при преэклампсии тяжелой степени было у 222 (62%) рожениц. Показаниями к оперативным родоразрешением было следующие: Отсутствие эффекта от индукции родов у 46 (20,5%), неподготовленность родовых путей у 73 (33,5%) женщин, рубец на матке и преэклампсия тяжелой степени 42(19%), у 21(9,5%) беременных выявлено синдром отставание роста плода (СОРИП) это тоже было показанием для оперативных родоразрешение со стороны плода, у 16 рожениц преэклампсия тяжелой степени осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) что требовало ургентную лапаротомию.

Осложнения у матерей при тяжелой преэклампсии наблюдалось у 37(8.6%) женщин, из них преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 16(3.7%), послеродовые кровотечения 14(3.6%), ДВС 3 (0.7%), Эклампсия 1 (0.2%), HELLP-синдром 2(0.46%).

Беременные с преэклампсией тяжелой степени все госпитализированы в реанимационное отделение. На фоне магнезиальной терапии развился приступ эклампсии у одной женщины. Также ПЭ тяжелой степени осложнилась HELLP синдромом у 2 женщин. После стабилизации состояния беременная родоразрешена путём операции кесарева сечения с перевязкой 2х пар сосудов. Во время операции развился ДВС синдром. Произведена гемо и плазматрансфузия. В послеродовом периоде продолжалась магнезиальная терапия (48 часов) и антигипертензивная терапия. Родильница через месяц выписана домой с ребёнком.

Вывод: Полученные результаты проведенных исследований показали, что большинство пациенток с тяжелой преэклампсией были в юном и активном репродуктивном возрасте, первородящими, у большинства пациенток выявлено наличие двух и более очагов хронической инфекции на фоне анемии, заболеваний почек. Наиболее частые осложнениями преэклампсии явилось ПОНРП, послеродовые кровотечения, ДВС и HELLP синдром. Из методов родоразрешения оперативные роды составили 62%, самостоятельные роды через естественные родовые пути 38.0%, наиболее частыми показаниями к оперативным родам были тяжелая преэклампсия при неподготовленности родовых путей, рубец на матке, СОРП и ПОНРП. Приведенные факторы указывают на необходимость проведения прегравидарной подготовки, а также активного и качественного медицинского наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для своевременного выявления, лечения и профилактики гипертензивных осложнений

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

*Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Внутриутробные и неонатальные инфекции являются самой частой причиной смертности новорожденных детей. Большие младенческие потери от ВУИ диктуют необходимость разработки эффективных методов профилактики, прогнозирования реализации ВУИ у новорожденных детей на ранних стадиях для создания условий благоприятного исхода заболеваний.

Несмотря на имеющиеся разработки по прогнозированию ВУИ, остается немало дискуссионных вопросов о применении клинико-организационных моделей с использованием математического моделирования в прогнозировании развития и исходов внутриутробных инфекций на основании изучения состояния биологической системы «мать-плацента-плод-новорожденный ребенок».

Цель исследования. Разработка алгоритма определения длительности антибактериальной терапии у недоношенных младенцев при инфекционно-воспалительных заболеваниях с использованием количественного прокальцитонинового теста (ПКТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 34 недоношенных ребенка (ГВ 28–32 нед, МТ при рождении 750–2000 г); у 15 имела место врожденная пневмония, у 10 — начальная стадия НЭК, у 9 — бактериальная инфекция с неуточненным очагом. У всех пациентов выполнено полное клинико-лабораторное обследование, включающее двукратную оценку общепринятых маркеров воспаления (СРБ, лейкоцитоз) и дополнительно количественное определение ПКТ (нг/мл).

Результаты исследования. Значительное повышение уровня лейкоцитов в крови (28 10⁹/л) отмечалось у большинства пациентов с пневмонией и НЭК. Выявлена корреляция динамики улучшения клинического состояния и снижения лейкоцитоза. У 5 из 15 детей с врожденной пневмонией на фоне благоприятной клинической динамики сохранялся повышенный уровень СРБ, но показатели ПКТ не превышали 0,5 нг/мл, что позволило решить вопрос о деэскалации антибактериальной терапии.

В то же время стабильно повышенный уровень ПКТ у детей с НЭК (0,5–1,5 нг/мл) явился основанием для продолжения антибиотикотерапии с учетом чувствительности выделенной флоры. У 90% детей с неуточненными очагами инфекции при двукратном исследовании уровень ПКТ не превышал 0,5 нг/мл, что позволило отменить стартовую антибиотикотерапию.

Вывод. Использование количественного теста ПКТ при оценке степени активности воспаления у недоношенных детей с бактериальными инфекциями позволяет определить оптимальную продолжительность антибактериальной терапии, что препятствует селекции резистентной флоры в неонатальном стационаре.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

*Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время на фоне совершенствования тактики выхаживания увеличивается процент выживших недоношенных детей. Современные технологии позволяют сохранить жизнь экстремально незрелым детям, рожденным в середине срока беременности. При этом отмечается обратная зависимость между младенческой смертностью, заболеваемостью и гестационным возрастом ребенка.

Известно, что у большинства экстремально недоношенных детей отмечаются осложнения перинатального периода в виде дыхательной недостаточности, инфекций, кровоизлияний в мозг, нарушения зрения, которые впоследствии могут приводить к хроническим заболеваниям. У детей с массой тела при рождении менее 1500 г по-прежнему отмечается высокий риск неблагоприятных исходов, хотя на сегодня имеется тенденция к уменьшению частоты нарушения познавательного развития и поведенческих особенностей.

Цель исследования. Изучение показателей заболеваемости детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в течение первых трех лет жизни.

Материалы и методы исследования. В городском неонатальном отделении катамнеза недоношенных детей города Андижана под наблюдением находится 213 детей, рожденных весом 1500 грамм и менее в возрасте от 4 месяцев до 3 лет, из них 59 детей первого года жизни.

Результаты исследования. Проведен анализ течения беременности и заболеваемости глубоконедоношенных детей. Анализ показал, что 89 (41,8%) детей имели малый вес к сроку гестации при рождении. От многоплодной беременности родилось 28 (13,1%) детей. С диагнозом бронхолегочная дисплазия наблюдается 135 детей, при этом явления хронической дыхательной недостаточности отмечаются у 17 (28,8%) детей первого года жизни, и 5 (3,2%) второго года.

Перинатальные поражения центральной нервной системы в форме грубой задержки психомоторного развития диагностируются у 34 детей (15,9%). Снижение физического развития отмечено у 19 (32,2%) детей до года и 37 (24,3%) - в последующем. Ранние анемии недоношенных на первом году жизни регистрировалась у 59,3% (35), уменьшаясь до 9,1% (14) с 1 до 3 лет. Ретинопатии недоношенных тяжелой степени отмечались у 21,1% (45) детей.

Вывод. Таким образом, у глубоко недоношенных детей в раннем возрасте наиболее часто отмечаются бронхолегочная дисплазия, анемия, гипотрофия, перинатальная патология центральной нервной системы. Динамическое наблюдение за такими детьми первые годы жизни позволяет контролировать имеющиеся отклонения, своевременно проводить корригирующие мероприятия.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Азизова Н. Д., Шамсиев Ф. М., Мусажанова Р. А., Таджиханова Д. П., Курбанова М. Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Актуальность проблемы. Изучение внебольничной пневмонии за последние десятилетия, как в нашей стране, так и за рубежом позволило существенно изменить представление о многих аспектах этой проблемы и оптимизировать диагностическую и лечебную тактику. Цитокины представляют собой регуляторные пептиды, продуцируемые практически всеми ядродержащими клетками организма.

Высокие уровни провоспалительных цитокинов приводят к развитию системной воспалительной реакции. Цитокины могут играть как протективную роль, так и способствовать деструкции ткани легкого, приводить к усилению воспаления и нарушению защитных сил организма.

В связи с этим целесообразно проводить современные диагностические тесты, для снижения частоты назначения системной антибактериальной терапии при отсутствии к этому показаний.

Цель исследования. Определить иммунологические параметры в сочетании с воспалительными биомаркерами у детей с внебольничной пневмонией.

Материал и методы исследования. Иммунологическое обследование проведено у 92 больных с внебольничной пневмонией (ВП) в возрасте от 1 года до 7 лет, находившихся на лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Диагноз устанавливался на основании классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (2009) и на основании жалоб, данных анамнеза, результатах клинических, рентгенологических, лабораторных, иммунологических исследований. Уровень цитокинов IL-1 α , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, ФНО- α в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем Вектор-Бест (Новосибирск, Россия), (Институт иммунологии АН РУз).

Результаты исследования. Полученные нами данные показали, что уровень IL-4 у детей, больных ВП были выше контроля в 2,3 раза. ФНО- α является одним из основных представителей провоспалительных цитокинов.

При анализе содержания ФНО α у больных ВП нами отмечено его увеличение до $63,5 \pm 3,2$ пг/мл по сравнению с ($P < 0,01$) контрольной группе и повысился в 1,5 раза ($42,3 \pm 2,1$ пг/мл, $P < 0,05$).

Изучение цитокинового статуса детей с внебольничной пневмонией в зависимости от ее течения показало разнонаправленный характер дисбаланса ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α . Отмечается достоверное 4-х кратное повышение показателей ИЛ-4 по отношению к показателям основной группы ($42,8 \pm 6,8$ против $9,5 \pm 2,6$ пг/мл; $P < 0,01$), тогда как показатели ИЛ-6 имели обратную картину в основной группе они повышались в 5,5 раз ($52,3 \pm 8,6$ против $9,5$ пг/мл; $p < 0,01$), а в группе сравнения – снижались. Показатели ФНО α были повышены в обеих группах по отношению к референтным значениям ($60,78 \pm 12,5$ и $63,7 \pm 10,8$ пг/мл против $42,3 \pm 2,1$ пг/мл).

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод, что комплексная оценка концентрации воспалительных биомаркеров в сочетании с другими лабораторными параметрами может быть полезна в мониторингировании легочного воспалительного процесса и позволит избежать необоснованного назначения антибактериальных препаратов. Выявленная направленность иммунных сдвигов и их выраженность указывают на важную патогенетическую роль иммунных механизмов в развитии и прогрессировании изменений в состоянии иммунной системы.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Акбаров Н. А., Юлдашев М. А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) - это врожденная патология, которая может быть причиной острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Цель работы. Анализ клинической картины и лечения детей с патологией ДМ.

Результаты. В детском хирургическом отделении АОДММЦ с 2000 по 2015 гг. оперированы 49 пациентов, у которых интраоперационно диагностирован ДМ. Это составило 0,7% по отношению к экстренно произведенным операциям на органах брюшной полости. Из них детей 1-3 года - 10; 4-6 лет - 15; 7-10 лет - 14 и старше 10 лет - 10. У мальчиков ДМ встречался чаще (31 – 77%), чем у девочек (18 – 23%).

Патология ДМ была выявлена у 49 (45,4%) пациентов, у 13 (29,2%) ДМ был удален попутно при аппендэктомии и у 14 (25,4%) - не удался. В 20 случаях (15,2%) "попутной" дивертикулэктомии макроскопически неизмененный ДМ гистологически имел признаки флегмонозного воспаления. В 30 наблюдениях из 49 удаленных дивертикулов при гистологическом исследовании в стенке его были выявлены участки слизистой желудка, тонкой, толстой кишки, ткани поджелудочной железы и, в одном случае, фрагменты гельминта.

Во время операции была выявлена следующая патология: дивертикулит у 21 (44,6%), непроходимость кишечника у 11 (34,8%), кровотечение в просвет кишки у 10 (12,7%), перфорация дивертикула у 6 (4,9%). У 8 пациентов (3,9%) было сочетание дивертикулита с кишечной непроходимостью, у 2 (1%) - дивертикулита с внутрибрюшным кровотечением. У 12 детей (5,9%) наблюдалось сочетание деструктивного аппендицита и флегмонозного дивертикулита.

Ввиду схожести клинических проявлений воспаления ДМ и острого аппендицита диагноз дивертикулита не был поставлен до операции ни в одном случае.

Кровотечения из ДМ, как правило, были обильными и быстро приводили к тяжелой анемии. Основным клиническим проявлением кровотечения из дивертикула было выделение из прямой кишки крови темно-вишневого цвета со сгустками. Правильная оценка клинических, объективных, эндоскопических и лабораторных данных позволила поставить диагноз во всех случаях кровотечения из ДМ. Кровотечения чаще наблюдались у пациентов в возрасте до 7 лет.

Различные виды кишечной непроходимости, которые были вызваны ДМ, распределились следующим образом: в 11 случаях была отмечена инвагинация, а в 15 – спаечная кишечная непроходимость и заворот кишки вокруг фиксированного к передней брюшной стенке дивертикула или соединительно-тканого тяжа. Типичных для дивертикула симптомов отметить не удалось. Однако клинико-рентгенологическая картина непроходимости кишечника у ранее не оперированных детей позволяла заподозрить ДМ как причину непроходимости.

К лечению больных с патологией дивертикула Меккеля подходили индивидуально. При наличии узкого, до 1 см, основания проводилась дивертикулэктомия кистным способом (15 пациентов, 10,4%). Клиновидная резекция ДМ выполнена у 13 (12,8%) пациентов. При широком основании дивертикула и деструктивных изменениях, распространявшихся на стенку кишки, у 10 (13,4%) детей была выполнена резекция кишки с формированием анастомоза «конец в конец». Резекция ДМ в косоперечном направлении выполнена у 26 (55,9%) больных. В условиях перитонита 2 (0,6%) детям произведена резекция участка кишки с ДМ и выведением энтеростомы.

После операции умерло 5 детей (2,4%), из них 2 – от кишечной непроходимости, 2 – от рецидива кровотечения, 1 – от перитонита на почве прободного дивертикулита.

Выводы

1. Улучшение показателей лечения детей с ДМ зависит от своевременной госпитализации и современных методов диагностики.
2. Лапароскопия является методом выбора для диагностики патологии ДМ, требующей оперативного лечения.
3. У детей, у которых ДМ был не воспален и не удался при случайной его находке, осложнений в дальнейшем мы не наблюдали. В то же время, количество осложнений после «попутной» дивертикулэктомии неизмененного ДМ нередко. Поэтому мы рекомендуем воздерживаться от удаления неосложненных форм ДМ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОТЯЖЁННОСТИ ПОСЛЕОЖОГОВОГО РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

*Акбаров Н.А., Юлдашев М.А., Акбарова Р.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Известно, что в 90% случаев термические и химические ожоги пищевода у детей заканчиваются формированием протяженной рубцовой стриктурой в связи с преобладанием у них глубоких ожогов. Традиционный рентгеноконтрастный метод диагностики рубцовой стриктуры пищевода у детей не даёт возможности определить протяжённость её, что имеет большое значение в выборе лечебной тактики.

Цель. С целью определения уровня и протяженности рубцовой стриктуры пищевода нами применялась методика рентгенологического исследования у 16-ти больных с послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода. Возраст детей колебался от 3-х до 10 лет.

Результаты. Стриктура локализовалась в шейном отделе пищевода у 2, у 4 - между первым и вторым физиологическими сужениями, у остальных 10 больных – в нижней трети пищевода. Протяженность стриктуры была до 1 см - у 2, до 2 см - у 9, до 4 см - у 5 больных.

Для определения уровня и протяженности рубцовой стриктуры пищевода рекомендуется следующая методика.

Определение протяженности стриктуры пищевода проводили в рентгеновском кабинете. Через пищевод в желудок проводят тонкий хлорвиниловый, типа «Nelaton» № 4-6 или пластиковый мочеточниковый катетер № 4-6 (в зависимости от возраста ребёнка и степени сужения пищевода), в конце которого смонтирован резиновый мешочек, вырезанный из кончика пальца-мизинца хирургической перчаткой №5. В желудке мешочек заполняется водорастворимым контрастным веществом (триомбраст, урографин, др.), затем катетер подтягивали до препятствия в пищеводе, что соответствует нижней границе стриктуры. Через катетер, в который смонтирован резиновый мешочек, с помощью шприца вводится контрастное вещество в количестве 1-2 мл, которое заполняет резиновый мешочек. Затем через носовые ходы проводится второй тонкий катетер, конец которого устанавливается в пищеводе и с помощью шприца вводится контрастное вещество в количестве 5-10 мл. Последнее заполняет стриктуру до мешочка, затем участок пищевода выше

сужения. Производится рентгенография грудной клетки в прямой проекции. После этого с помощью шприца через оба катетера отсасывается ранее введённое контрастное вещество и катетеры удаляются.

Вывод. Таким образом, можно определить локализацию и протяженность стриктуры пищевода, что имеет существенное значение в выборе лечебной тактики.

В связи с этим используемый метод является обоснованным и может быть рекомендован к широкому применению в практике.

ПИТАНИЕ - ОСНОВА БУДУЩЕГО ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

*Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Для грудного ребенка единственной в своем роде полноценной пищей, которую он получает, в лучшем случае, до годовалого возраста, является материнское молоко.

Цель исследования. Грудное молоко особенно важно, если в семье имели случаи астмы или аллергии. В добавочном питании грудной ребенок нуждается только с 6-месячного возраста, и в таком случае существенно предлагать в качестве добавки пищу, богатую железом и качественным содержанием белков.

В малолетнем возрасте необходимо учитывать, что с замедлением скорости роста постепенно уменьшается потребность в питательных веществах и энергии.

Материалы и методы исследования. У годовалого ребенка имеется во рту уже несколько зубов, органы пищеварения и обмен веществ уже достаточно созрели, чтобы кушать то же, что едят в семье. В этом возрасте ребенок учится самостоятельно кушать, хотя вначале на полу столько же еды, сколько и во рту. Интересно отметить, что многие дети в состоянии выбрать предлагаемую пищу в подходящем для себя количестве и соотношении.

Ребенку не справиться с 2-3 -разовым питанием в день, как взрослому. Ему требуется вдобавок к 3 основным приемам пищи еще 1-2 полдника.

Результаты исследования. В формировании привычек питания немаловажную роль играют факторы окружающей среды. Какая пища предлагается, как часто предлагается и как предлагается, — оказывает влияние на то, нравится пища или нет. Грудные дети ведут себя очень осторожно в отношении всяких новинок. Поэтому новую пищу приходится нередко предлагать младенцу пять или более раз, прежде чем он ее примет. Грудным детям и младенцам не нравятся острые овощи, пища, состоящая из многих компонентов.

Вывод. Заставляя ребенка кушать то, что ему совсем не нравится, мы можем создать ему проблемы на всю жизнь. Если старания заставить ребенка кушать превращают обеденный стол в поле боя, то ни у кого не будет надежды выйти из этого победителем.

БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

*Акбарова Г.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Физические упражнения могут продлевать функцию зон роста длинных трубчатых костей (бедр), задерживать срастание эпифизов и диафизов костей и, таким образом, увеличивать рост тела. В то же время интенсивные силовые упражнения способны ускорять процесс окостенения зон роста костей и замедлять их рост в длину. Отмечается влияние физических упражнений на процесс биологического созревания. Спортивная гимнастика, требующая интенсивных скоростно-силовых нагрузок, задерживает половое созревание. С другой стороны, указывается, что относительно медленное половое созревание гимнасток связано с отбором в этот вид спорта девочек с особым соматотипом. Установлено, что более позднее наступление месячных у спортсменок не оказывает отрицательного влияния на процесс созревания и фертильность (способность к деторождению). Приводятся наблюдения о нормализующем влиянии спорта (занятия баскетболом) на половое созревание девочек.

Цель исследования. Изучить физические нагрузки различной интенсивности на формирование вторичных половых признаков и гормональный статус девочек в подростковом возрасте. Каждый свойственный данному организму биологический процесс не находится в стационарном состоянии, а колеблется с определенной частотой. По продолжительности различают, например, циркадные циклы, и инфрадианные, типичным примером которых служит менструальный цикл.

Материалы и методы, результаты. Нарушения менструальной функции у спортсменок выявляли, применив анкетный опрос, который содержит несколько пунктов и подпунктов, где указываются паспортные данные, антропометрические показатели с учетом антропометрических индексов, сведения о менструальном цикле. Из 135 спортсменок в возрасте 13-16 лет, занимающихся различными видами спорта (гимнастика, ручной мяч, плавания, баскетбол, волейбол), у спортивных гимнасток отмечены нарушения менструальной функции в 86,7 % (аменорея первичная или вторичная, нерегулярные), в плавания - в 57,1 %. Изменяется и общее состояние на протяжении менструального цикла. В большом проценте случаев спортсменки указывают на увеличение раздражительности в предменструальной (45 %) и менструальной (36 %) фазе. В эти фазы девушки отмечают повышение утомляемости в 46,5 % и 58 % (соответственно). У девочек в процессе полового созревания продолжают формироваться вторичные половые признаки, и наиболее четким показателем наступления половой зрелости является возраст наступления первой менструации - менархе. Специалисты считают задержку менархе, как показатель задержки полового развития. Изучив вторичные половые признаки по Теннеру, можно оценить задержку полового развития девочек - спортсменок. Недоразвитие или отсутствие вторичных половых признаков (лобкового и подмышечного оволосения, развитие молочных желез) в 13-14 лет и отсутствие менструации в 15-16 лет следует рассматривать как задержку полового развития. По

мнению специалистов в области детской и подростковой гинекологии особого внимания заслуживают формы задержки полового развития без внешних признаков нарушений. Клинический опыт показывает, что именно этому контингенту девушек обычно предлагают «подождать» с обследованием и лечением до 18-20 лет, что нередко приводит к запоздалой диагностике причин задержки полового развития, требующих своевременной коррекции еще в период созревания. Во всем мире проблеме задержки полового развития придается большое значение,

Выводы. 1. Физические упражнения оказывают положительное влияние на все основные системы организма и тем самым способствуют укреплению здоровья.

2. Наряду с благоприятным действием на здоровье человека физические упражнения при несоблюдении требований занятием спорта могут принести вред.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

*Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Косимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. По признанию мировой общественности одним из определяющих факторов сегодняшнего развития человека, его самочувствия является экологический (внутренний и внешний) фактор.

Цель исследования. Согласно данным ВОЗ, 80 % всех болезней есть результат экологического неблагополучия. Здоровое потомство и экологическое благополучие окружающей среды настолько сегодня взаимосвязаны, что есть повод поговорить об этом единстве, как исключительно мощном в перспективе потенциале развития любого общества, в особенности, когда дело касается человеческого капитала и, конечно же, детей. Иными словами, что вложено в них сегодня, завтра будет определять будущее общества.

Материалы и методы. Дети, как никто другой, уязвимы в части воздействия на них внешних (природных, социальных, экономических) и внутренних (это семейный конгломерат: физическое состояние родителей, психологическая атмосфера в семье, ценностные установки, микроклимат в доме) факторов. В этой обстановке складываются, их личностные установки, физическое, психологическое и духовное состояние. Внешние же условия, окружающие только что родившегося человека, коль скоро они имеют отрицательные свойства, в значительной степени обуславливают дальнейшее его неблагополучие.

Результаты. Это социальные, нравственные, экологические негативы, резко сказывающиеся на состоянии здоровья ребенка. Еще хуже в таких условиях идет развитие плода, который сортирует и накапливает значительное количество вредных соединений, поступающих к нему извне, через организм матери. Все это через непростые процессы приводит к изменению многих химических структур организма плода.

Другими факторами, определяющими здоровье нового поколения, являются социальное, экономическое, культурное положение женщины, степень ее образованности и информированности, продолжительность ее жизни, которые, в конечном итоге, определяют состояние ее здоровья.

Выводы. Современная демографическая ситуация в Республике характерна тем, что чуть меньше половины населения составляют дети в возрасте до 14 лет и подростки.

Это-то, что составляет ядро бесценного человеческого капитала дня грядущего. И в современных условиях этот человеческий капитал требует долговременных «инвестиций» в такие его составляющие, как здоровье, образование, просвещение.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Акбарова Г.Х., Косимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. На фоне глобальных экологических изменений, широкого применения иммунных, антибактериальных и прочих лекарственных препаратов, частых нарушений адаптационных процессов (болезни адаптации), постоянного стресса, повышения уровня образованности и культуры населения многие давно известные заболевания человека изменили свою клиническую картину. Некоторые симптомы практически перестали встречаться, другие наоборот стали выходить на первый план. Это относится и к заболеваниям, вызываемым гельминтами. Самой большой проблемой, связанной с паразитарными заболеваниями, являются не трудности в лечении, а недостатки в их клинической и лабораторной диагностике.

Цель исследования. Биологическим материалом для исследований на наличие гельминтов, их фрагментов, личинок и яиц служат кал, моча дуоденальное содержимое, мокрота, ректальная и пери анальная слизь, кровь, мышечная ткань.

Материалы и методы, результаты. Чаще всего объектом исследования являются фекалии, но по последним данным результативность данного анализа равна всего лишь 12 -20 % анализ крови из вены и выявление антител к возбудителям намного точнее (65- 95%). При этом гельминтозы относятся к тем заболеваниям, которые трудно диагностировать в связи с объективными трудностями (длительные периоды отсутствия яйцекладки, возможность отсутствия среди паразитирующих особей самок, вероятность технических ошибок).

Вывод. Гельминты для поддержания своей жизнедеятельности размножения пожирают пищевые ресурсы человека, необходимые для нормального функционирования органов и систем. В процессе жизнедеятельности червей в организме «хозяина» нарушается всасывание микроэлементов, витаминов, а также биологически активных веществ, которые необходимы для здоровой и полноценной жизни человека. Не-эффективен также дополнительный прием препаратов, содержащих комплекс витаминов и минералов с целью компенсации их в организме человека, так как эти пищевые ресурсы также поглощаются гельминтами.

60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Юрак - қон томир касалликлари ўлим кўрсаткичлари бўйича дунёда биринчи ўринни эгаллайди. Ўлим кўрсаткичи ортишига сабаб бўлувчи ҳолатни юрак ишемик каслиги ташкил қилади. Глобал ёшнинг узайиши, аҳоли таркибида кексалар сонининг ортиши келгусида уларнинг саломатлиги билан боғлиқ муаммоларнинг ортишига сабаб бўлади.

Текширишдан мақсад: 60 ёшдан ошган аҳоли ўртасида юрак ишемик касалликларининг тарқалишини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари. Бир вақтда эпидемиологик текшириш усули билан 296 эркак ва аёл (154 нафар эркак, 142 нафар аёл). Барча сўровномадан ўтган аҳолида (Роуз сўровномаси) зўриқишдаги стенокардия ва инфаркт миокард анамнезида бўлганлиги, электрокардиография 12 – тармоқда ёзилди ва таҳлил қилинди. Юрак ишемик касаллигини ташхислаш: инфаркт миокард (электрокардиография - белгилари Q-тишчанинг борлиги, QRS деформацияси – байроқча, симптом сидячая кошка, (ўтирган мушук)) ва анамнезига асосланиб, юрак ишемияси белгилари (ST-сегменти ва Т-тишча депрессияси) чап қоринча мушаклари гипертрофиясиз. Электрокардиографияда юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилишлари.

Тадқиқот натижалари: Юқорида келтирилган белгиларга асосланиб, текширилган беморларнинг 50% дан ортиғида юрак ишемик касалликлари аниқланди, шулар қаторида юрак етишмовчилиги ҳам, анамнезида (анкета бўйича) 5,3% ҳолатда инфаркт миокард. Юрак ишемик касалликлари тарқалиши (сўровнома, электрокардиографияда, юрак етишмовчилиги) белгилари бўйича аёлларда эркакларга нисбатан юқори 57,1% ва 45,3% мос равишда. Ёши улғайиб бориши билан кекса аҳоли ўртасида юрак ишемик касалликлари кўрсаткичи 10-15% ортиб борган.

Хулоса: 60 ёшдан катталар ва кексалар ярмидан кўпроғида юрак ишемик касалликлари борлиги аниқланди. Катта ёшдагиларни албатта глобал эпидемиологик ва профилактик чора- тадбирларга лойиҳаларга киритиш лозим. Ёши улғулар ўртасида юрак ишемик касалликларини аниқлаш соғлиқни сақлаш тизимида қўлланиладиган сарф- харажатларни режалаштириш ва прогностантириш учун зарурдир.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Акбарова Г.Х., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клиническая характеристика детей с железодефицитной анемией (ЖДА) показала, что изменения со стороны сердечно - сосудистой системы с возрастом увеличиваются и достигают максимума к школьному возрасту.

Цель исследования вегетативного гомеостаза, как одного из регулирующих звеньев процесса эритропоэза у детей с дефицитом железа, не проводилось.

В данной работе основной задачей явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза с помощью кардисинтевалографии (КИГ) в покое и при функциональной нагрузке.

Материалы и методы исследования. С этой целью нами обследовано 131 больных железодефицитной анемией в возрасте 7-16 лет.

Кардиоинтервалограммы регистрировали на основании ЭКГ, записанной на электрокардиографе Cardiomax - FX - 326 (Япония) во II стандартном отведении в утренние часы в состоянии покоя и при нагрузке. Анализ полученных данных показал, что исходное состояние вегетативного тонуса характеризуется значительным увеличением случаев исходной симпатикотонии (43,9%) и эйтонии (41,5%) по сравнению с ваготонией (14,6%), однако это состояние лабильно, что выявляется при нагрузочной пробе (клинортостатическая проба): увеличиваются случаи гиперсимпатикотонической реактивности - при эйтонии (41,2%, $P < 0,05$), ваготонии (66,6%, $P < 0,01$) и симпатикотонии (33,3%, $P < 0,05$).

Результаты исследования. Изучение структуры сердечного ритма в сравнительном аспекте у здоровых детей показало напряженность компенсаторных механизмов, высокий уровень функционирования симпатического звена вегетативной нервной системы (АМо - 23,6%; $P < 0,05$) и центрального (адренергического) контура регуляции (ННт -128,9; $P < 0,01$, АМо/ 4 X - 159,6 $P < 0,01$), уменьшение холинэргической реакции сердечного ритма (ДХ - 0,23; $P < 0,05$). Нами отмечено, что у девочек с ЖДА при исходной эйтонии также определяется некоторое напряжение адаптивных механизмов структуры сердечного ритма (ННт -67,4; АМо/ ДХ -95,1).

Динамика структуры сердечного ритма у детей с ЖДА в ходе выполнения клинортостатической пробы показала незрелость вегетативной регуляции сердца, что выражалось в процентных соотношениях АМо (+77,4%; $P < 0,05$); ИН! (+634,1%, $P < 0,01$; АМо/ ДХ + 326,7% $P < 0,001$) при исходной ваготонии и эйтонии ННт (+276,4%; $P < 0,001$; АМо/ ДХ (+162,9 $P < 0,001$).

Вывод. Механизмы регуляции ритма сердца у девочек-подростков с ЖДА являются несовершенными и в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса со стороны сердечно - сосудистой системы, учитывать в процессе лечения и профилактики таких больных.

ГИЖЖА КАСАЛЛИГИ ВА УЛАРНИНГ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ

*Аббарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Гижжа касаллиги ёки гельминтозлар кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, уларни паразит ҳолда яшовчи куртлар, гижжалар чақиради.

Тадқиқот мақсади: Гельминтоз билан катта ёшдаги кишилар ҳамда болалар касалланиши мумкин. Гельминтозларнинг энг кенг тарқалган даври болаларнинг жадаллик билан ўсиши, яъни 1,5-2 ёшдан 7 ёшгача бўлган даврга тўғри келади. Гельминтозларнинг саломатликка кўрсатаётган салбий таъсири болаларнинг балоғат ёшига қадр давом этади. Агар болалар шу давр ичида табиий йўл билан гижжалардан тозаланиб олмаса, улар ҳаётининг кейинги давларида ҳам яхши ривожланмайди, турли касалликларга кўп чалинади. Шу кунларда ер юзида инсоннинг касалланишига сабаб бўладиган гижжаларнинг 250 дан ортик турлари мавжуд.

Тадқиқот материали ва усуллари: Энг сўнгги маълумотларга кўра, ҳозирги даврда ер юзидаги аҳолининг 2/3 қисми гельминтоз билан касалланган. Бу айтиб ўтилган сонлар ва гижжаларнинг организмга кўрсатаётган кўпдан кўп зарарли таъсири биз тиббиёт ходимлари олдида катта масъулиятли ишлар турганини кўрсатади.

Гижжалар организмнинг қайси аъзосида жойлашишидан катъий назар, албатта, ҳар хил таъсир кўрсатади. Острица, аскарида, пакана гижжа ва бошқалар аксариат аппендицитга сабаб бўлади. Бундан ташқари, улар механик, рефлектор ва токсик таъсир килади. Гижжалар тери кичимаси, тошма, дерматоз каби патологик ҳолатларни чақиради.

Тадқиқот натижалари: Гижжа юктирган болаларда касаллик аломатлари турли-туман бўлиши мумкин. Улар яхши ўсмайди, озиб кетади, ақлий ривожланишдан ортда қолиб кетиши, дангаса, ҳаёлпараст, инжик, уйқучан, лоқайд ёки қайсар, тажанг бўлиб қолиши мумкин. Гижжалар инсон организми учун кучли аллерген ҳисобланади ва организмдаги ҳар хил аллергияларни, масалан экзема, эшакем, кичима, нейродермит касаллигини чақиради. Бундан ташқари, гижжалар иммунитетга ҳам тўғридан-тўғри таъсир қилиш хусусиятига эга. Кўпинча гижжа инвазияси юрак қон-томир системасида ўзгаришларни чақиради. Масалан: аскаридозда қон босими пасайиши, брадикардия, юрак тонларининг ўзгариши ва систолик шовқин кузатилиши мумкин.

Хулоса: Ҳозирга келиб гижжа энг зарарли жонивор эканлигига шак-шубҳа қолмади. Шу туфайли ҳам фарзандларингизни тез-тез тиббий кўриклардан ўтказиб, саломатлигини назорат қилиб бординг.

EPIGENETIC MECHANISM OF AUTISM AND MENTAL RETARDATION IN CHILDREN

*Akbarova Rano Mirzarapovna
Andijan state medical institute*

Relevance. Uniparental dysomias of individual chromosome segments (long contiguous stretches of homozygosity or LCSH) are regularly detected by molecular karyotyping using SNP array technology. It is known that these epigenetic variations contribute to the identification of consanguinity of parents, but they are practically not considered as a possible mechanism of neuropsychiatric diseases. This is especially true if LCSHs affect imprinted genomic regions.

Purpose of the study. Investigate LCSH in imprinted genomic regions in children with autism and mental retardation.

Materials and research methods. Using molecular karyotyping using an SNP array (resolution of more than 1000 bp), 430 individuals with mental retardation, autism and congenital malformations were studied.

The results of the study. LCSH in imprinted areas associated with clinical manifestations was detected in 6.5% of cases (28 patients). The largest number of LCSH was found at loci 7q21.3 (39.3%) and 15q11.2 (32.1%). These epigenetic variations also affected the chromosomal regions: 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.1q32.2 and 11 p15.5p15.4 and represented epigenomic variations ranging in size from 1 to 4.3 million bp. Comparison of the phenotypic characteristics of the studied individuals revealed a certain similarity with diseases associated with genomic imprinting (Silver-Russell, Beckwith-Wiedemann, Prader-Willi, Angelman syndromes).

Conclusion. LCSH affecting the imprinted chromosome loci 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.2, 7q32.1q32.2, 11 p15.5p15.4 and 15q11.2q12 can be the cause of autism and mental retardation in children, being a significant degrees common in this group of patients.

It is noteworthy that these epigenomic variations associated with brain diseases in children can only be detected using molecular karyotyping using SNP array technology.

СИСТЕМА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Акбаровна Раёно Мирзаробовна
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Формирование оптимальной методики комплексной оценки степени белково-энергетической недостаточности у детей, больных муковисцидозом.

Материалы и методы. Обследовано 30 детей, страдающих смешанной формой муковисцидоза, в возрасте от 2,5 до 15 лет. В преобладающем большинстве случаев имело место тяжелое течение болезни (15 детей - 50%), заболевание со средней степенью тяжести зарегистрировано у 10 пациентов (33%) и лишь 5 человек (17%) имели легкое течение болезни.

Результаты исследования. По результатам работы, наиболее оптимальным для корректной оценки рациона больного МВ является ведение семидневных пищевых дневников с последующим их анализом.

Предварительные данные о наличии БЭН получали при физикальном обследовании пациентов. О недостаточности питания свидетельствовала вялость и апатичность ребенка, бледность и сухость кожных покровов, тусклые, легко выпадающие волосы, снижение тургора мягких тканей и мышечного тонуса, наличие отёков, задержка роста и нервно-психического развития. Всем детям измерялась масса и длина тела, окружность плеча, толщина кожно-жировой складки (КЖС) над трицепсом методом калиперометрии.

Разработано большое количество комплексных индексов и методик, позволяющих с разной степенью достоверности оценивать нутриционный статус больного. Все они включают в себя сочетание антропометрических, биохимических и иммунологических показателей. Наиболее распространенной является балльная оценка 6 разноплановых маркеров состояния питания по методу Билбери-Кохен. Метод включает в себя определение следующих показателей:

1. субъективная глобальная оценка (СГО),
2. определение индекса массы тела (ИМТ),
3. толщины кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖС),
4. окружности мышц плеча (ОМП),
5. концентрации альбумина сыворотки,
6. абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови (АЧЛ).

При отсутствии отклонений от возрастной нормы показатель из приведенного набора оценивается в 0 баллов, при легких, средних и тяжелых изменениях показателю присваивается от 1 до 3 баллов. Суммарная оценка по шести параметрам в 0 - 1 балл трактуется как нормальное состояние питания, 2 - 6 баллов - легкая степень БЭН, 7 - 12 баллов - БЭН средней тяжести, 13 - 18 баллов - тяжелая степень БЭН.

Вывод. В результате анализа методов оценки БЭН сформирован оптимальный вариант исследования белково-энергетического статуса детей, больных муковисцидозом, который включал показатели, отражающие основные позиции нутриционного статуса: субъективные данные о состоянии питания, антропометрические показатели, параметры висцерального белка, оценку жировых запасов, наличие иммунодефицита. Комплексное исследование степени трофических нарушений и адекватная коррекция питания позволит существенно улучшить качество жизни больных и прогноз заболевания.

EPIGENETIC MECHANISM OF AUTISM AND MENTAL RETARDATION IN CHILDREN

*Akbarova R. M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Uniparental dysomias of individual chromosome segments (long contiguous stretches of homozygosity or LCSH) are regularly detected by molecular karyotyping using SNP array technology. It is known that these epigenetic variations contribute to the identification of consanguinity of parents, but they are practically not considered as a possible mechanism of neuropsychiatric diseases. This is especially true if LCSHs affect imprinted genomic regions.

Purpose of the study: Investigate LCSH in imprinted genomic regions in children with autism and mental retardation.

Materials and research methods: Using molecular karyotyping using an SNP array (resolution of more than 1000 bp), 430 individuals with mental retardation, autism and congenital malformations were studied.

The results of the study: LCSH in imprinted areas associated with clinical manifestations was detected in 6.5% of cases (28 patients). The largest number of LCSH was found at loci 7q21.3 (39.3%) and 15q11.2 (32.1%). These epigenetic variations also affected the chromosomal regions: 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.1q32.2 and 11 p15.5p15.4 and represented epigenomic variations ranging in size from 1 to 4.3 million bp. Comparison of the phenotypic characteristics of the studied individuals revealed a certain similarity with diseases associated with genomic imprinting (Silver-Russell, Beckwith-Wiedemann, Prader-Willi, Angelman syndromes).

Conclusion: LCSH affecting the imprinted chromosome loci 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.2, 7q32.1q32.2, 11 p15.5p15.4 and 15q11.2q12 can be the cause of autism and mental retardation in children, being significant degrees common in this group of patients.

It is noteworthy that these epigenomic variations associated with brain diseases in children can only be detected using molecular karyotyping using SNP array technology.

БОЛАЛАРДА ҚОРИНДА ОҒРИҚ СИНДРОМИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: “Қориндаги оғриқ” “Колика” грекча “colicos”сўзидан келиб чиқиб, йўқон ичкадаги оғриқ маъносини беради. “Қоринда санчик” синдроми қорин соҳасидаги хуружсимон оғриқ, чақалоқнинг безовталаниши билан кечувчи ҳолатга айтилади. Текшириш натижаларига кўра, врач-педиатрга ичак коликаси билан барча муружаатларнинг 20-70%ини ташкил қилади. Боланинг ёши ўтиши билан ичак коликаси чалиниш фоиизи камайиб боради. Чақалоқлар ичак коликаси чақалоқнинг бир-икки ҳафталигидан бошланиб, уч-беш ойлигигача давом этиши мумкин. Уларда бу синдромнинг учрашишига асосий сабаблар қуйидагилар бўлиб ҳисобланади: ичак фаолиятидаги фермент ва нерв – мушак аппаратининг етишмовчилиги, уларда газ ҳосил бўлишига ўта мойиллиги ҳисобланади. Ичак коликасининг характерли белгилари қуйидагилар киради:

- Қориндаги санчик чақалоқнинг 2-4 ҳафтасида бошланади
- Ҳар куни бир ҳил пайтда, кўп ҳолатда соат 18.00 дан то 22.00 гача

- Давомийлиги 10 мин. ва ундан кўп бир неча соатлар давом этади
- Ич ва ел келиши кузатилгандан сўнг боланинг аҳволи яхшиланади
- Ичак коликаси чакалоқнинг безовталаниши, йиғиси, коринда ел тўпланиши, юзини гиперимияси ва оёқларини типирчилатиш билан кузатилади

- Ҳозирги пайтда чакалоқлар корнидаги санчикнинг келиб чиқиши ва ривожланиш механизмига қараб иккита гуруҳга бўламиз:

1.Эмизикли аёл овқатланишига боғлиқ бўлган қориндаги санчик. Ташхислаш жараёнида овқатдан аллергия, лактоза етишмовчилиги, дисбактериоз билан қиёсланиши лозим ва ҳ.к.

2.Овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қориндаги санчик. Бу типиди, аввалам бор, чакалоқда марказий ва вегетатив нерв системаси касалликларини, эмизикли аёлга таъсир қилаётган психозеомоционал омилларни инкор қилмоғимиз лозим.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари: Мурожаат қилган 101 нафар аёл сўровнома ва чакалоқни кузатиш усулида ўрганиб чиқилди. Сўровномада ҳомиладорлик даври: ҳомилани ривожланиш кўрсаткичлари, аёлни бошдан кечирган касалликлари, овқатланиши (кофеин тутувчи маҳсулотлар, углеводли маҳсулотлар), зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликлар истеъмоли, наркотиклар), туғруқ жараёнини қандай кечганлиги-таъбиий йўл, кесер кесиш, жароҳатлар, кўкракка қўйилиши: тўғри-нотўғри, эмиши актив, пассив, кўкрак олмаслик, кўкрак сутининг етарли ёки етарли эмаслиги, чакалоқ вазни, бўйи, бош айланаси ўрганилди. Кузатув давомида чакалоқлар рефлекслари ва патологик рефлекслар ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: Аникланилдики, ичак коликаси синдромининг келиб чиқишида қуйидаги асосий омиллар катта рол ўйнайди:

1.Она томонидан: гестозлар, ҳомиладорлик давридаги гиподинамия, эмизикли аёлнинг овқатланиши – ёғли овқат истеъмол қилиши, сигир сутини кўп истеъмол қилиш, таркибида кофеин тутувчи озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш, эмизикли аёлнинг ёмон одатлари- чекиш, ичиш ва наркотиклар қабул қилиши, онада юз берадиган эмоционал стресс ҳолатлари, эмизикли онадаги фермент етишмовчили (ошқозон ости беши).

2.Бола томонидан: чала туғилиш, МНСнинг гипоксимик энцефалопатия белгилари, вегетатив нерв системаси фаолияти.

3.Чакалоқни овқатлантиришнинг бузилиши: нотўғри овқатлантирилиши, кўкракка нотўғри қўйилиши (эмизиш пайтида ҳаво ютиб юбориши), мажбуран овқатлантириш, аралаш озуқаларни нотўғри тайёрлаш.

Хуруж пайтида чакалоқ оёқларини типирчилатади, оёқлари совуқ, қўллари танасига яқинлаштирилган, хуруж кўкқисдан соғлом фонда бошланиб кўп ҳолатларда эмизиш пайтида ёки эмизишдан сўнг кузатилади. Давомийлиги 10 минутдан 3-4 соатгача давом этиши мумкин. Одатда боланинг умумий ҳолати ва жисмоний ривожланиши бузилмаган. Қориндаги санчикдан кўпроқ ўғил болалар ва биринчи фарзандлар оғрийди. Кўп ҳолатларда қориндаги санчик диспепсия ёки қабзият билан ёки гастрозофагель рефлюкс билан бирга учраши мумкин.

Қориндаги оғриқ синдроми профилактикасида қуйидагиларга катта аҳамият беришимиз шарт:

Кўкрак билан бокиш техникасини сақлаш. Чакалоқ ҳаво ютиб юбормаслиги учун, сўргични тўғри олдириш, кўкракни энг камида 25-30 мин. эмиши шарт. Кўрсатилган вақтдан кам қўйилган пайтда чакалоқ олд сутнинг углеводларга бой бўлган қисмини эмади, оқибатда қоринда ел ҳосил бўлиш жараёни тезлашади. Эмизиш давомида ютиб юборган газларнинг чиқиб кетиши учун эмизиб бўлгандан сўнг 10-15 дақиқа чакалоқни вертикал (тик) ҳолда кўтариб туриш лозим.

1. Овқат маҳсулотларининг мосини танлаш лозим. Кўкрак билан эмизиш даврида эмизикли аёл овқат рационидан таркибида кўп микдорда углевод тутувчи озиқ- овқат маҳсулотларини (ширинликлар, ҳамир овқат маҳсулотлари), таркибида кофеин тутувчи, сигир сути оксиллини тутувчи озиқ-овқат маҳсулотларини, мол гўшти тутувчи маҳсулотларни чегаралаш ёки қамайтириш керак. Сунъий ёки аралаш омукта билан бокилаётган чакалоқларда овқатга аллергияси бор ёки йўқлиги аниқлаб, уларга аминокислотали ва козеинли омукталарга ўтказиш лозим. Агарда чакалоқда лактоза етишмовчилиги аниқланса, таркибида кам лактоза тутувчи ёки лактозасиз омукталарга ўтказиш лозим.

2. Чакалоқни узоқ вақт қўлда кўтариб юриш керак: болани оёқлари букилган ҳолда она қорнига қўйиб.

3. Чакалоқ қорнини ёки бутун танасини укалаш (массаж) мақсадга мувофиқ бўлади.

4. Уйда тинчликни сақлаш лозим. Ота – оналарга тушунтириш лозимки, қориндаги санчик кўпчилик чакалоқларда учрайдиган ҳолат ва тезда яқин кунларда ўтиб кетади.

5. Тозаловчи ҳукна ўтказиш ёки ел чиқарувчи найчалардан фойдаланиш керак.

6. Ел ҳайдовчи, спазмолитик ўсимликлардан тайёрланган дори воситаларидан фойдаланиш яхши наф бериши амалиётда тасдиқланган. Укроп ёғидан тайёрланган укропли сув, плантекс, мойчечак дамламаси ва б.қ.

7. Нош-па, платифиллин, дибазолга ўхшаш спазмолитиклар.

8. Ичак дисбактериозини даволаш мақсадида лактоза ва сигир сути оксиллини тутмайдиган пробиотиклар қўллаш мақсадга мувофиқдир. Пробиотиклар ичакдаги шартли-патаген микробларни қамайтириб ва софротиф лакта- ҳамда бифидобактериялар сонини ошириб, қориндаги санчикни, қусишни қамайтиради.

9. Панкреатик ферментларни қўллаш амалиётида ўз исботини топган: панкреатин, мезим, фестал, лакто-Г, тризм ва ҳ.к.

10. Ел ҳайдовчи воситалар юқори молекуляр полимер димитикон ва кремний икки оксиди, ел ҳосил бўлиш жараёнини секинлаштиради ва газ пуфакчалари ёрилишини тезлаштиради. Улар асосида тайёрланган дори воситалари ичакдан сўрилмайди ва чакалоқ организмга зарар келтирмайди: эспумизан, боботик.

Хулоса:

❖ Қориндаги оғриқ синдроми функционал бузилишли жараён бўлиб, чакалоқ ҳаётига хавф солмайди.

❖ Функционал етишмовчиликлар чакалоқнинг тана ҳолатини ўзгартириш, массаж қилиш йўли билан тўлдирилиши мумкин

❖ Фермент препаратларини қўллаш синдромни тез бартараф бўлишига имкон яратади.

❖ Эмизикли аёл овқат рационини коррекция қилиш муҳим аҳамиятга эга.

60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ ТАРҚАЛИШИ

*Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Қандли диабет ҳаёт учун хавфли бўлган касалликлар туркумига кириб, юрак - қон томир касалликларнинг етакчи хавф омили ҳисобланади. Охириги йилларда қандли диабет кўп тарқалганлиги матбуотда эътироф этилмоқда. Аҳоли орасида кекса ёшлиларнинг ортиб бориши улар ўртасида юрак - қон томир касалликлари ва 2 типдаги қандли диабетнинг ортиб боришига сабаб бўлмоқда.

Текширишдан мақсад: 60 ёшдан катта эркак ва аёллар популяциясида қандли диабетнинг Фарғона водийси аҳолиси ўртасида тарқалишини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари: Бир вақтда 297 эркак ва аёллар стандарт сўровнома ва текшириш усули билан 154 нафар эркак ҳамда 143 нафар аёл ўрганилди. Сўровнома паспорт маълумотлар, ижтимоий ҳолатини қамровчи, касаллик анамнези, хавф омилларини ҳамда атропометрик, лаборатор кўрсаткичларни ўз ичига олган. Бирламчи тиббий бўғимда наҳорга қондаги қанд миқдори, тана вазн индекси аниқланildi. Қандли диабет ташхиси куйидагилардан бирортаси аниқланилса:

1. Шифокор беморга Сизда қандли диабет бор деса!;
2. Эрталаб наҳорга қондаги қанд миқдори $\geq 7,0$ ммоль/л, аниқланилса,
3. Тана вазн индекси юқори кўрсаткичли, вазн йўқотиш кузатилса, сабабсиз суюқлик кўп истеъмол қилса ва суткалик сийдик миқдори ортиши кузатилса.

Тадқиқот натижалари: Анамнези бўйича қандли диабет тарқалиши текширилган популяцияда 14,3%, эркаклар ўртасида - 11,9%, аёллар ўртасида - 12,2%. Қондаги қанд миқдори наҳорга текширилганда $\geq 7,0$ ммоль/л 15,6% умумий популяцияда, 15,9% эркакларда ва 12,1% аёлларда аниқланildi. Шундай қилиб, қандли диабет популяцияда 30,2% ни, эркаклар ўртасида 27,8% , аёллар ўртасида - 24,3% ташкил қилди. Улардан 58,9%, 65,4%; ва 62,7% ўзларида қандли диабет борилини билмаганлар.

Хулоса: Водийнинг ҳар учинчи аҳолисида қандли диабет бора ёки бунга мойил. Аҳоли ўртасида қандли диабет касаллиги ҳақида маълумотлар бериб, уларнинг тиббий савиясини ошириш зарур.

БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ

*Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Болаларда анемияни келтириб чиқарувчи сабаблардан бири болаларни гижжалар билан касалланганлигидир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотида кўра, болалар орасида энг кўп тарқалган гельминтоз касаллиги бу аскаридоздир.

Тадқиқот мақсади: Аскаридоз натижасида келиб чиққан анемияни даволаш асосий мақсад қилиб олинди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Қўйилган мавзун аналга ошириш мақсадида 50 нафар 7-14 ёшли болалар (30 нафар қиз бола, 20 нафар ўғил бола) текширувга олинди. Текширув ва даволаш болалар поликлиникаси ва уй шароитида олиб борилди. Даволаш муолажаси бошлангунча периферик қон (умум қабул қилинган усул билан) ва ахлат текширилди (гижжалар ёки уларнинг тухуми аниқланди). Болаларга Тимьян мойи буюрилди. 3 та 10 кунлик цикл оралиғида 1 ҳафтадан танаффус. 7-10 ёшга - 2 томчи, 7-14 ёшга -3 томчидан берилди. Курс муддати 45 кунни ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари: Сўнгра болаларга антианемик препаратлар- кобавит 10 мг х 2 маҳал ва ферроплекс препарати 1 таблетка 2 маҳал берилди (1 ой). Даволаш натижаси шуни кўрсатдики, қондаги гемоглобин миқдори 40-45 г/л га ортди (даволашгача 65-70г/л бўлса, даволангандан кейин 105-115 г/л ни ташкил қилди). Наҳас текширувида берилган дори таъсирида аскарида кўп миқдорда чиқиб кетиши аниқланди.

Хулоса: Болаларда аскаридоз касаллиги натижасида келиб чиққан анемияни даволашнинг энг самарали усули Тимьян мойи ва антианемик препаратлардан кобавит ва ферроплексдир. Бу препаратлар берилгандан сўнг болаларнинг иштаҳаси очилгани, тери ва шиллик пардалари ранги ижобий томонга ўзгарилганлиги кузатилди.

Бу препаратлар ичида тимьян ва кобавит табиий фитоиммуномодуляторлар бўлиб организмга ноҳўя таъсир кўрсатмайди, уни қўллаш усули оддий, иктисодий жиҳатдан жуда енгил ва даволашни уй шароитида ҳам олиб бориш мумкин.

БОЛАЛАРДА ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОҚИБАТИДА ОШҚОЗОН ВА ҚИЗИЛЎНГАЧ ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

*Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М., Пиримов Ф.Ш., Қосимов З.Н., Исроилов Ш.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти, РИТЭИМ АФ.*

Долзарблиги. Ҳозирги даврда ошқозон ва қизилўнганч варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш диагностикаси ва даволаш шотилинч болалар хирургиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу эса бундай беморларни даволаш усулларини ҳозирги замон тенденциялари, яъни ошқозон ва қизилўнганч веноз коллатералларини топографик анатомик ўзига ҳослигига таянган ҳолда олиб боришга қаратилгандир. Адабиётларда муаллифларнинг фикрича, болаларда ошқозон ва қизилўнганч варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш 95% – 98% ҳолларда портал гипертензия синдроми оқибатида юз беради.

Тадқиқот мақсади. Болаларда ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Болаларда ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини даволаш тактикасини ўрганиш мақсадида РШТТЁИМ АФ болалар жаррохлиги бўлимида даволанган 45 нафар 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган бемор болаларни даволаш натижалари таҳлил қилинишига асосланган бўлиб, улардан 15 (33,3%) нафарида портал гипертензиянинг ташқи тури, 30 (66,7%) нафарида портал гипертензиянинг жигар ичи туридир.

Тадқиқот натижалари. Барча беморлар шифохонага қон кетишни авжга чиққан вақтида ёки ундан кейин муржаат қилган бўлиб, бундай беморларни даволашнинг консерватив усуллари таянган ҳолда кучли гемостатик терапияни қўллаб олиб борилди. Бу беморларга ташхис қўйишда ва даволашда эндоскопиянинг роли катта бўлиб, барча беморларлар эндоскопик ташхислаш ўтказилган бир вақтнинг ўзида 14(31,1%) ҳолатда эндоскопия ёрдамида боғланди. 20 (44,4%) нафарида аънавий гемостатик терапиядан сўнг, 7 (15,5%) нафар катта ёшдаги болаларда Блекмор зонди қўйилиб қизилўнғач веналаридан кетаётган қон тўхтатилди, 4 (8,8%) нафар портал гипертензиянинг жигардан ташқи тури билан хасталанган беморларда Пациора-Петрова усулида қизилўнғач ва ошқозон кардиал қисмидаги шиллик ости веналарини боғлаш операцияси талоқни сақланган ҳолда ўтказилди.

Портал гипертензия синдроми жигар ичи тури билан хасталанган беморларнинг 2 нафарида даволаш давомида қон кетиш қайталанди ва бу беморлар ошқозон веналари Таннера-Баирова усулида тикилди.

Хулосалар. Хулоса қилиб айтиш мумкинки, болаларда ПГ ни ташхислаш ва даволашда ошқозон ҳамда қизилўнғач варикоз кенгайган веналарининг эндоскопик диагностикаси ва даволаши ётақчи бўлиб қолмоқда, бу даволаш усули ошқозондан кетаётган қон кетишини тўхтатишни, бемордаги қоннинг ҳолати инobatга олган ҳолда, Блекмор зонди қўйилиб, қизилўнғач веналаридан кетаётган қон тўхтатиш консерватив даво чораларидан тўлиқ воз кечса бўлади, дейиш мумкин.

ЗАБОЛЕВАНИЕ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Миокардит - это воспаление сердечной мышцы инфекционной, инфекционно-аллергической или инфекционно-токсической природы. Болезни миокарда встречаются у детей любого возраста, имеют тяжелое течение и сложны в диагностике и лечении.

Цель исследования – изучение клинических, эхо -кардиографических, лабораторных особенностей пациентов с болезнями миокарда.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 46 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 12 лет, госпитализированных на лечение в реанимационное отделение СОМДМЦ города Самарканда. Изучались причины, клиника, структуры сердца с помощью ЭХО-кардиографии, данные ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. Из 46 обследованных пациентов с болезнями миокарда миокардит диагностирован у 34 пациентов, что составило 74%, кардиомиопатия у 11 пациентов (24%). У 3 детей (2%) в разные возрастные периоды выявлены признаки некомпактного миокарда - в возрасте 3 месяцев при проведении скрининга ЭХО-КГ, 2 лет при плановом лечении с диагнозом ДКМП и 9 лет при госпитализации с нарушением ритма сердца. У всех троих детей за период наблюдения показатели иммуно -биохимических кардиомаркеров находились в пределах нормы, признаки гуморальной активности крови выявлены не были. Диагноз некомпактного миокарда был поставлен на основании эхокардиографических данных, где у всех имела место повышенная трабекулярность миокарда в области верхушки и задней стенки левого желудочка (что является генетически детерминированным заболеванием), а также дилатация полостей левых отделов сердца (у двоих пациентов – обоих отделов, у одного – только дилатация левого предсердия). Фракция выброса у 100% обследованных составляла ниже 40%. По ЭКГ у всех троих детей нарушения ритма. На фоне комбинированной терапии, (направленной на лечение сердечной недостаточности), включавшей в себя ингибиторы АПФ, мочегонные, противовирусные и иммунокорректирующие препараты, признаки сердечной недостаточности купированы, фракция выброса увеличилась, дальнейшей дилатации полостей не наблюдалось, однако, в каждом случае признаки дилатации левых отделов сердца сохранялись.

Выводы. Некомпактный миокард левого желудочка является врожденным наследственным заболеванием, которое необходимо диагностировать в раннем возрасте для своевременного назначения терапии. Специфического лечения некомпактного миокарда не существует, однако лечение направлено на поддержание адекватной сердечной деятельности и предупреждение осложнений.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СТАДИИ, ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ

Алимова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Оптимизация подходов к диагностике пиелонефрита у детей остается одной из актуальных задач нефрологии на современном этапе. Имеется целый ряд исследований, посвященных поиску решений по улучшению оказания медицинской помощи детям с заболеваниями органов мочевой системы.

Однако до настоящего времени отсутствуют доказательные критерии выявления доклинической стадии хронической почечной недостаточности, скрытых ренальных дисфункций и нарушений почечного кровообращения.

Таким образом, в связи со значительной распространенностью хронического пиелонефрита в детском возрасте, волнообразным течением и прогрессирующим снижением функции почек, выявление факторов, влияющих на развитие и течение заболевания, изучение роли гемодинамических механизмов развития хронического пиелонефрита, поиск новых способов оценки функциональной активности почек приобретают особую актуальность.

Цель исследования. Разработать патогенетическую модель прогрессирования хронического обструктивного пиелонефрита у детей, оптимизировать диагностику и прогнозирование исходов заболевания на основании комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ активности воспаления и склерозирования почечной ткани у 110 детей с врожденными обструктивными уropатиями.

Результаты исследования. В моче определялось содержание следующих веществ: лейкоциты, бактерии, интерлейкин 10 — противовоспалительный цитокин, RANTES — хемокин, фактор некроза опухолей TNF- — провоспалительный цитокин, трансформирующий фактора роста TGF-. Из них у 42,3% была высеяна кишечная палочка — E. coli, у 14,5% — Staphylococcus, у 21,6% — Enterobacter, у 8,7% — Streptococcus, у 4,7% — Citobacter и у 8 больных, которые составили 3,1% был высеян Ps. Aureginosa. Klbsiela обнаружена у 5,1% детей.

В группах больных с ОМУ повышение уровня несколько ниже $13,2 \pm 2,7$ пг/мл, но достоверно различно с нормой $8,1 \pm 0,7$ пг/мл. Содержание цитокина TGF- в моче детей с врожденными обструктивными уropатиями превысило нормальный уровень в среднем в 30 раз (с РМУ и ВГ $35,2 \pm 6,4$ и $35,6 \pm 4,2$ пг/мл, соответственно), за исключением только больных с ОМУ, у которых уровень был повышен в меньшей степени $8,6 \pm 3,2$ (норма $1,25 \pm 0,2$). Обращает внимание максимально высокий уровень TGF- у детей с обострением обструктивного пиелонефрита.

У пациентов с признаками обструктивного пиелонефрита бактериальная инфекция была обусловлена в основном микроорганизмами семейства E. coli, Staphylococcus, Enterobacter, Proteus, степень бактериурии — 105–1012 микробных тел в 1 мл мочи, у обследованных детей выявлены избирательные изменения факторов иммунной системы, способных участвовать в патогенезе хронического обструктивного пиелонефрита у детей.

Вывод. Активация различных факторов воспалительного процесса, миграция клеток иммунной системы и аномальный синтез цитокинов выражается в повышении IL-10 и TGF-.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Алимова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Во многих работах недоношенные новорожденные объединяются в одну возрастную группу и оценка иммунологических показателей, а также процессов адаптации носит весьма приблизительный и чаще разноречивый характер. Показано, что именно недоношенные со сроком гестации 28–33 недели имеют «нарушенное компенсированное состояние» иммунной системы, т.е. имеют относительно сформированную иммунную систему, по сравнению с глубоко недоношенными детьми со сроком гестации менее 28 недель. В связи с этим для исследования нами была выбрана «золотая середина» в сроках гестации (28–33 нед.), при которых можно проследить взаимосвязи поражения нервной и иммунной систем, связи иммунного статуса с соматической и инфекционной заболеваемостью этого контингента детей в течение первого года жизни.

Глубокое понимание иммунологических процессов в ЦНС и их участие в развитии нервной системы и нейрпатологии имеет решающее значение для исследователей и практических врачей. Знания в этой области помогут существенно оптимизировать реабилитационные мероприятия по выхаживанию недоношенных и маловесных детей.

Цель исследования. Выявление особенностей иммунной системы у доношенных и недоношенных новорожденных с перинатальным поражением ЦНС, их связи с нервно-психическим развитием, с соматической и инфекционной заболеваемостью в течение первого года жизни.

Материалы и методы исследования. У 124 новорожденных, включавших группы: доношенные дети с ЗВУР, недоношенные дети, недоношенные дети с ЗВУР и доношенные новорожденные дети (контрольная группа), определяли динамику содержания Zn, Fe, Cu в сыворотке крови в связи с различными проявлениями дезадаптации в раннем неонатальном периоде (асфиксия, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, дыхательные расстройства и др).

Результаты исследования. Установлено, что эссенциальный биоэлемент Zn являлся наиболее лабильным среди исследованных МЭ. Было выявлено снижение уровня Zn на 5–7-й день жизни по сравнению с исходным уровнем у недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития на 55,6% ($p < 0,01$), у недоношенных детей на 45,5% ($p < 0,001$), а также у доношенных детей с задержкой внутриутробного развития на 61%. Снижение уровня Fe на 5–7-й день жизни по сравнению с данными при рождении наблюдалось только у недоношенных новорожденных, при этом у недоношенных с задержкой внутриутробного развития на 63,1% ($p < 0,05$) и у недоношенных детей на 64,7% ($p < 0,05$). Достоверное повышение уровня Cu на 5–7-й день жизни при сравнении с исходными данными было показано у недоношенных детей на 64,5% ($p < 0,05$).

Вывод. Дезадаптивные состояния в раннем неонатальном периоде взаимосвязаны с развитием дисбаланса эссенциальных микроэлементов у маловесных новорожденных, а также со степенью недоношенности и наличием задержки внутриутробного развития.

ПРЕИМУЩЕСТВО КОЛОНОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

*Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Кадилов К.З., Абдужабборов А.А., Бакиров Г.З., Аллаев Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Отделение детской хирургии и кабинет эндоскопии АФ РНЦЭМП*

Введение. На сегодняшний день колоноскопия является самым информативным методом обследования толстой кишки. Фиброколоноскопия дает возможность визуально диагностировать воспалительное заболевание толстой кишки, болезнь Крона, язвенный колит, полипы, дивертикулы, доброкачественные и злокачественные опухоли и другие, а также взятие материалов для биопсии.

Для того, чтобы уточнить диагноз больным рекомендуется разные методы обследования толстого кишечника: Рентген обследования, ирригоскопия, компьютерная томография и фиброколоноскопия. Из выше указанных методов обследования самым информативным и доступным методом является фиброколоноскопия.

Материал и методы. В отделение детской хирургии АФ РНЦЭМП с 2018 по 2020 гг находилось на лечение 23 детей с различными патологиями толстого кишечника в возрасте от 2 до 17 лет, мальчиков 14 (60,9%) девочек 9 (39,1%). Всем больным проводилось общее клиническое обследование, применялись лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и фиброколоноскопические методы исследования.

Цель исследования. Анализ аспектов диагностики и тактики лечения при различных патологиях толстого кишечника у детей.

Результаты и их обсуждение. Нами по показаниям были произведены фиброколоноскопия у 23 больных детей с различными патологиями толстого кишечника. Результаты были в следующем у 5 больного при обследовании выявлено кровотечение на фоне эрозии и острая язва прямой и сигмовидной части кишечника. В 3-х случаях неспецифический язвенный колит без кровотечения, колит с катаральными явлениями в 6-и случаях. Полипы толстого кишечника в 5-и и в одном полипоз кишечника. По одному случаев дивертикул нисходящей части кишечника, опухоли верхней трети прямой кишки и деформация илеоцекального угла на фоне спайки ранее оперированного больного с осложненным аппендицитом.

Параллельно с обследованием применена лечебная тактика соответствующая выявленной патологии-эндохирургическое вмешательство диатермо и органоплазменная коагуляция при кровотечениях, полипэктомия, взятие биопсического материала для гистологического обследования (при подозрении на опухоли).

При дивертикулах, полипозах и опухолевых процессах в кишечнике рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

Вывод. Заключая следует отметить, что колоноскопическое обследование с последующим обоснованного лечение детей с различной патологией толстого кишечника является оптимальным выбором. Этот метод диагностики и лечения по сравнению с других методов отличается своей доступностью, информативностью, малоинвазивности и краткости нахождения больного в стационаре.

ФАКТОРЫ РИСКА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Аманов Кабилжан, Махпиева Гулдонахон Кабилжановна, Аманова Гулмира Кабилжановна
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Установить факторы риска бронхиальной астмы у детей, действие которых реализуется в перинатальный период и в период раннего возраста.

Материал и методы исследования. Проведено изучение клинико-анамнестических особенностей бронхиальной астмы у 50 детей в возрасте от 0 до 15 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении больницы скорой медицинской помощи, составивших основную группу. У всех детей диагноз бронхиальной астмы был подтвержден в соответствии с критериями, изложенными в национальном руководстве по лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей.

Результаты исследования. В исследуемых нами группах детей средний возраст по величине медианы составил: 11,0 лет в основной группе и 11,0 лет в контрольной группе. По полу распределение было следующим: в основной группе наблюдалось 29 мальчиков (58%) и 21 девочка (42%), в контрольной группе – 37 мальчиков (57%) и 28 девочек (43%). Т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средняя длительность диспансерного наблюдения в основной группе составила 5,0 лет. У всех детей основной группы была установлена atopическая форма бронхиальной астмы. По степени тяжести бронхиальной астмы у пациентов основной группы легкое интермиттирующее течение установлено у 27 детей (54%), легкое персистирующее - у 11 детей (22%), среднетяжелое персистирующее - у 8 детей (16%), тяжелое персистирующее - у 4 детей (8%). По степени контроля среди детей основной группы у 27 детей (54%) наблюдалось контролируемое течение бронхиальной астмы, у 19 детей (38%) - частично-контролируемое течение и у 4 (8%) детей - неконтролируемое течение. Инвалидность оформлена у 4 детей (8%). Бронхиальная астма является мультифакториальным заболеванием, на формирование которого оказывают существенное влияние наследственные факторы в сочетании с внешними факторами. В ходе детального изучения анамнеза нами было установлено, что у 42 детей основной группы и у 23 детей контрольной группы была выявлена отягощенная наследственность по atopии и бронхиальной астме.

Выводы: 1. Анализ проведенных данных свидетельствует о важной роли отягощенной наследственности в семьях детей, больных бронхиальной астмой. Наибольший риск выявлен у детей, наследственность которых отягощена по материнской линии.

2. Установлены основные значимые факторы риска бронхиальной астмы, действующие:

- в период внутриутробного развития: хронические соматические заболевания матери, воздействие производственных вредностей, курение, патология беременности
- нефропатия, перенесенные во время беременности острые инфекции и хроническая гипоксия плода;
- во время родов: кесарево сечение и преждевременное излитие околоплодных вод;
- в раннем возрасте: неонатальная желтуха, искусственное вскармливание с первых месяцев жизни и необоснованно раннее введение прикорма.

3. Выявлены отдельные клинические особенности бронхиальной астмы, характерные для раннего возраста: более ранний возраст дебюта клинических проявлений и частое рецидивирование симптомов (3 и более в год).

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Арзибеков А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Совершенствование лечебно-профилактической помощи детям на основе оценки качества жизни детей в возрасте 8-12 лет, больных пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами было проведено изучение КЖ 145 детей в возрасте 8-12 лет, находившихся на стационарном лечении в Областной детской клинической больнице в 2017-2019 гг. Оценку проводили на основании опроса пациентов по русскоязычной версии международного унифицированного опросника SF-36. Опрос детей осуществляли при информированном согласии родителей и всегда в их присутствии. Группу сравнения составили 56 практически здоровых детей соответствующего возраста и пола. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием компьютерных программ. Для оценки достоверности сравниваемых характеристик КЖ применяли параметрические и непараметрические критерии.

Результаты исследования. Наибольшее превышение отмечено по шкалам «общее состояние здоровья» (разница 26,4 балла), «жизненная активность» (разница 28,4 балла). Суммарный показатель у практически здоровых детей составил 692,7 балла, превысив на 133 балла таковой у больных, который равнялся 559,7 баллам. Чтобы определить по каким шкалам в первую очередь снижается уровень КЖ при заболевании, и использовать это как индикатор донозологической диагностики при профилактическом осмотре детей, мы рассчитали размер вклада суммарных показателей в процентах всех составляющих КЖ у больных пиелонефритом и практически здоровых.

Вариабельность вклада КЖ по шкалам у здоровых детей меньше, чем у больных, амплитуда составила соответственно 1,4 и 5,2%. Данные таблицы также показывают, по каким шкалам прежде всего идет снижение уровня КЖ при заболевании – это «общее состояние здоровья», из физического компонента здоровья и три шкалы психологического компонента здоровья – «жизненная активность», «психическое здоровье», и «социальное функционирование». По нашему мнению, это является сигналом, свидетельствующим о наличии заболевания, что подтверждается тем, что у практически здоровых детей некоторое снижение по сравнению с другими шкалами отмечено так же по этим же шкалам.

Полученные данные позволяют предположить, что снижение КЖ по названным шкалам происходит раньше, чем соматические проявления в виде недомогания, повышения температуры тела, боли в животе, дизурии и других субъективных и объективных симптомов заболевания, что может служить индикатором для донозологической диагностики заболевания и отнесение индивида к группе риска с соответствующими диагностическими и лечебно-профилактическими мероприятиями диспансерного наблюдения.

Снижение уровень КЖ по шкалам, характеризующим психологический компонент здоровья, кроме шкалы «общее состояние здоровья», подтверждается суммарными показателями, которые составили у больных 263,1 и 296,6 балла (разница составила 33,5 балла). У практически здоровых детей суммарные показатели по анализируемым компонентам были почти одинаковы, с небольшим снижением уровня психологического здоровья и составляли соответственно 354,4 и 338,3 балла.

Вывод. Таким образом, использование показателей качества жизни для оценки динамики состояния больного в процессе лечения позволяет повысить его эффективность.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ И БРОНХОПНЕВМОНИЯМИ

Арзибеков А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение состояния гепатобилиарной системы у новорожденных детей с сепсисом и бронхопневмониями.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 70 новорожденных с различными сроками гестации.

Результаты и обсуждение. Обследованные нами новорожденные были разделены на 2 группы: I группу составили новорожденные с различным гестационным возрастом, страдающие септическим процессом и II группу составили новорожденные с бронхопневмониями.

Проведенные нами наблюдения показали, что у новорожденных I группы, одним из наиболее частых симптомов интоксикации является выраженная вялость ребенка, которая наблюдалась у 89% больных. Нередко этот симптом сопровождался у новорожденных с бронхопневмониями, однако вялость при септической интоксикации проявляется другими симптомами, совокупность которых и дает возможность заподозрить сепсис и поставить правильный диагноз. Определенное значение мы придавали массе тела у новорожденных с сепсисом и бронхопневмониями. У 82% наших новорожденных отмечались выраженные ежедневные колебания массы тела.

Важным признаком для своевременной диагностики сепсиса может явиться желтуха. Наличие желтушного окрашивания кожных покровов мы наблюдали у 92% новорожденных I группы. Она появлялась чаще на 1 или 2 сутки жизни и только у 26% новорожденных сразу после рождения. У новорожденных II группы наличие желтухи наблюдалась у 40% больных. Повышение температуры тела до 37,8°C было выявлено у 38% новорожденных I группы и у 28% новорожденных II группы, и до 38°C и выше у 42% новорожденных с сепсисом и у 36% новорожденных с бронхопневмониями. Наличие срыгивания и рвоты мы наблюдали чаще у новорожденных I группы, нежели у новорожденных II группы. Срыгивания и рвота (69%) у новорожденных с сепсисом не всегда были связаны с периодами кормления.

У всех остальных новорожденных отмечались гиперхолестеринемии; показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) у этих новорожденных были в пределах нормы. У 52 % новорожденных с сепсисом и у 19% с бронхопневмониями увеличение печени до 2,0 - 2,5 см было более плотной консистенции.

Со стороны билирубиновой фракции отмечалось увеличение как прямого, так и непрямого билирубина, изменения белкового спектра крови, повышение уровня АЛТ у 63% новорожденных с сепсисом и 21% с бронхопневмониями и АСТ у 31% I группы и 17% II группы новорожденных.

У 46,3% новорожденных I группы, 14,5% II группы характер стула имел ярко-оранжевую окраску с обильным количеством слизи, при этом его консистенция имела оформленную структуру и частота достигала до 3-5 раза в сутки. У 21,7% новорожденных с сепсисом и 17,8% новорожденных с бронхопневмониями стул был более частым до 6-8 раз в сутки, с примесью зелени и слизи. Стул у 11,8% новорожденных с септическим процессом достигал до 10-15 раз в сутки, носил кашицеобразный характер, зеленого цвета с большим количеством слизи.

Выводы: Нами установлено, что исследование состояния печени и желчевыводящей системы у новорожденных с сепсисом и бронхопневмониями выявляет сопряженное поражение в виде функциональных расстройств и, несколько реже, в виде воспалительных изменений.

Нарушение двигательной активности желчного пузыря у преобладающего большинства новорожденных сочетается с изменениями его тонуса и тонуса сфинктерного аппарата. У 58,3 % новорожденных с сепсисом и 40,9% с бронхопневмониями гипотония желчного пузыря сопровождалась гипотонией или гипертонией пузырного протока.

Изменения со стороны печени рассматриваются как проявления реактивного гепатита и только в 7% случаев у новорожденных с сепсисом наблюдаются органические нарушения печени.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОЛА ПОДРОСТКОВ

Арзибеков А.Г., Арзикулов А.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан.

Актуальность темы. Одним из приоритетных направлений Правительства и системы здравоохранения в настоящее время является осуществление мероприятий по улучшению медицинского обеспечения подростков, которые указаны в ряде Постановлений Кабинета министров Республики Узбекистан: №333 от 26.09.2002г и № 95 от 21.02.2003г. Главной задачей здравоохранения, в том числе и подростковой службы является подготовка здоровых юношей к пополнению рядов Вооруженных Сил Республики и девушек к здоровому материнству.

Вегетативная дистония (ВД) составляет большую социальную проблему, так как может влиять на психоэмоциональное и умственное развитие подростков и приводить к ограничению возможности прохождения военной службы призывной молодежи в рядах Вооруженных сил.

Цель исследования: выявить основные закономерности клинико- функциональных проявлений вегетативной дистонии у подростков 15-17 лет в зависимости от гармоничности физического развития и пола.

Материал и методы. Работа выполнена по результатам комплексного обследования юношей-допризывников и призывников г. Андижана в возрасте от 15 до 17 лет, призванных для приписки в Вооруженные Силы в 2016 - 2019 году.

Для оценки дисгармоничности физического развития (ДГФР) и клинических особенностей ВД, а также вегетативной регуляции и определения тендерных различий было проведено углубленное обследование 571 подростка. Все дети были разделены на 4 группы: основная группа и группа контроля, которые в свою очередь были разделены по полу. Основную группу составили 384 подростка с ВД (192 мальчика и 192 девочки). Группа контроля - дети без ВД (здоровые дети I и II а группой здоровья) -187 детей того же возраста (94 мальчика и 93 девочки). Все обследованные дети были осмотрены врачами - специалистами: невропатологом, оториноларингологом, хирургом и окулистом для исключения органической патологии.

Результаты и обсуждения. Полученные нами данные отчетливо показали не только предполагаемый клинический полиморфизм, свойственный вегетативной дисфункции, но - и это главное - уже сформировавшиеся системные синдромы, соматоформный и психовегетативный, говорящие о перманентности вегетативного дисбаланса и значительной его выраженности. Был установлен факт периодической манифестации процесса, диктующий необходимость лечения подростка в стационаре и на амбулаторном этапе оказания ему медицинской помощи и, наконец, реабилитации в условиях санатория. Вегетативный дисбаланс у большинства из них не носит патологической окраски и является проявлением лишь приспособительной - компенсаторной реакции - вегетативной дисфункции, в основе которой лежат, как правило, биологические, генетические и социально - средовые факторы, такие как негативные стереотипы поведения, нарушение основ здорового образа жизни и другие .

Клинические признаки различных соматоморфных проявлений ВД, выявленные у детей с ВД в зависимости от гармоничности физического развития, были весьма многообразны. Изучение клинических особенностей течения вегетативной дистонии у подростков с ВД и ДГФР выявило ряд особенностей по ряду соматоформных проявлений по сравнению с детьми с ВД и гармоничности физического развития (ГФР), как мальчиков, так и девочек. У детей с ВД и ДГФР были выявлены достоверные тендерные различия ($p < 0,05$) по частоте клинических симптомов, у девочек по

сравнению с мальчиками чаще отмечались: тошнота - (на 41,6 %), ортостатический синдром - (на 27,5 %), цефалгии - (на 24,7 %), вегеталгии - (на 23,3 %), боли в животе - (на 23,1 %), нейрогенный мочевой пузырь - (на 22,5 %), запоры - (на 21,9 %). В группе детей с ВД и ДГФР достоверных тендерных различий по частоте клинических симптомов выявлено не было. Достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись соматоформные признаки ВД у мальчиков с ДГФР по сравнению с мальчиками с ГФР: оссеалгии - (на 41,4 %), головокружение - (на 27,3 %); у девочек ДГФР в сравнении с девочками с ГФР достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались соматоформные признаки: оссеалгии - (на 63,9 %), метеоризм - (на 53,7 %), запоры - (на 41,9 %), тошнота - (на 40,0 %), ортостатический синдром - (на 32,9 %), головокружение - (на 25,5 %), боли в животе - (на 24,5 %), цефалгии - (на 23,5 %). Как оказалось, наиболее частыми (более чем у 2/3 обследованных всех групп и почти у всех девочек с дисгармоничным типом физического развития) и разнообразными по клинической окраске проявлениями, по крайней мере субъективного свойства, у детей были вегеталгии. Они составляли основу симптома, не только маскируя органическую патологию - кардиальные, абдоминальные и церебральные болевые ощущения - но и определяя довольно выраженный фон вегетативной дезадаптации, объективные подтверждения которого можно было выявить как за счет иррадиации по нейрогенным зонам, так и за счет болезненной пальпации мест выхода отдельных нервных пучков - тройничного и лицевого нервов, паравerteбральных, сосудисто-нервных. Необходимо констатировать, что вегеталгии так же, как и другие проявления вегетативного дисбаланса, чаще и наиболее интенсивно были представлены у девочек больше, чем у мальчиков. При этом у девочек с ДГФР они были более выраженные.

Цефалгии у мальчиков с гармоничным физическим развитием наблюдались более чем у половины (55,47 %), при этом головные боли были ведущим симптомом среди детей с ВД и ДГФР и девочек с ВД и ГФР. Почти одинаково (71,43 %) отмечались у девочек с гармоничным и у мальчиков (70,31 %) с дисгармоничным физическим развитием. Что же касается девочек с дисгармоничным физическим развитием, то цефалгии беспокоили почти каждую девочку (95,00 %). Дети отмечали жалобы на головные боли. Так, подростки с ваготонической формой отмечали ноющий, мигреноподобный характер цефалгии, причина возникновения которой может быть связана с сосудистыми или ликвородинамическими (гипертензивно-гидроцефальный синдром) нарушениями (8). Локализация цефалгии в основном приходилась на лобные и лобно-височные области, реже височные области. Возникают цефалгии в первой половине дня, в утренние часы и метеочувствительные дни. Цефалгии усиливались на первом или втором уроках в школе и сопровождались слабостью. Головная боль более интенсивная, мучительная. Отмечается разлитой, давящий характер боли с продолжительностью до нескольких часов. Как правило, провоцирующими факторами в возникновении цефалгий были психо-эмоциональные или физические перегрузки (конфликтные ситуации дома и в школе, после дополнительных или спаренных уроков, контрольных работ, занятий в школе, уроков физкультуры).

Заключение. Таким образом, соматоформные проявления ВД имели достоверные различия между мальчиками и девочками с ВД как с ГФР, так и ДГФР. Определены достоверные различия между мальчиками с ГФР и ДГФР и между девочками с ГФР и ДГФР. Было выявлено, что у девочек с ДГФР клинические проявления ВД отмечались чаще и имели более выраженную и интенсивную окраску по сравнению с девочками с ГФР.

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Арзибекова У.А., Пазилжоновна М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Последние десятилетия ознаменовались революционными изменениями в лучевой диагностике, обусловленными научно-технической революцией.

За короткое время возник ряд новых методов визуализации на основе различных физических явлений с использованием вычислительной техники. Появление новых методов повлекло за собой пересмотр алгоритмов обследования больных в пользу применения неинвазивных и более информативных методик.

Цель исследования. Изучить клинико-лучевые взаимосвязи наиболее распространенной патологии ГБС у детей.

Материал и методы исследований. Обследовано 266 детей обоего пола в возрасте от 5 до 14 лет. Все дети являлись жителями г. Андижан. На базе детской больницы АГМИ обследовано 152 ребенка с патологией ГБС, 114 детям проведено массовое скрининг-обследование в детском учреждении.

Результаты исследования. Клиническая картина воспалительных холепатий у детей в современных условиях в 86 % случаев имеет субклиническое и латентное течение.

Этиофакторы, преморбидный фон больного в значительной мере определяют клиническую картину и морфофункциональные изменения патологии ГБС у детей. Установлено, что основные клинические синдромы заболеваний ГБС статистически достоверно ($y > 95$ %) связаны с наличием в анамнезе паразитозов, инфекционных заболеваний; лекарственным и алиментарным факторами; длительностью заболевания более 3 лет; отягощенной наследственностью по патологии ГБС.

Выводы. УЗИДГ позволяет выявить косвенные признаки как функциональной, так и органической патологии ГБС в 100 % случаев.

Применение МРТ повышает выявляемость органических поражений ГБС у детей на 48,9 % по сравнению с используемым в настоящее время УЗИ, регистрируя ранние признаки данной патологии.

Целесообразно в скрининг-обследовании в детских учреждениях применение ТВИ как неинвазивного и не требующего предварительной подготовки.

Комплексное обследование детей с патологией ГБС современными лучевыми методами высокоинформативно: диагностика холециститов повысилась в 1,5 раза, холангитов - в 5 раз по сравнению с используемым в настоящее время УЗИ; позволяет регистрировать перифокальные изменения и начальные признаки патологии ГБС.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Арзибекова У.А., Пазилжонова М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Диагностика заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, в частности, поражений пищевода, основана, как правило, на результатах эндоскопического исследования, которые совпадают с морфологическим диагнозом в 30-40% случаев. Существующие классификации гистологических изменений слизистой оболочки пищевода получены в основном при исследовании биопсийного материала взрослых пациентов. Сведения о гистологических особенностях при заболеваниях пищевода у детей немногочисленны.

Представляется актуальным исследование морфологических изменений слизистой оболочки пищевода у детей с эндоскопическими признаками поражения пищевода и выявление возможных различий в зависимости от массы тела ребенка. Изучение биопсийного материала позволит уточнить клинический диагноз и избежать гипердиагностики поражений пищевода.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику заболеваний пищевода у детей с различной массой тела на основании выявленных клиничко-морфологических особенностей.

Материал и методы исследований. В основу работы положены результаты обследования 93 детей в возрасте от 7 до 16 лет с эндоскопическими признаками поражения слизистой оболочки пищевода и имеющих избыточную и нормальную массу тела.

Результаты исследования. Частота выявления эндоскопических признаков поражения слизистой оболочки пищевода у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта составляет 67-73% и не зависит от массы тела ребенка.

Дистрофические и дисрегенераторные изменения слизистой оболочки пищевода выявляются на уровне 1 см выше Z-линии у 76 - 90% детей обеих групп. Воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода диагностируются у 48-56% детей обеих групп и более выражены на уровне 1 см выше Z-линии. Их встречаемость убывает при отдалении от нижнего пищеводного сфинктера. Регенераторные процессы в слизистой оболочке пищевода преобладают над деструктивными независимо от массы тела детей.

Морфологические признаки рефлюкс-эзофагита на уровне 1 см выше Z линии встречаются у 78% детей с избыточной массой тела и у 52% детей с нормальной массой тела (различия статистически не значимы). У детей с избыточной массой тела рефлюкс-эзофагит диагностируется статистически значимо чаще на уровне 1 см выше Z линии по сравнению с уровнем 3 см выше Z линии (78% и 43% соответственно, $p < 0,01$).

Выявленные морфологические признаки рефлюкс-эзофагита мало сопоставимы с клиническими признаками, но тесно связаны с привычками питания.

У детей с поражениями пищевода и избыточной массой тела по сравнению с детьми, имеющими нормальную массу тела статистически значимо чаще ($p < 0,01$) выявляются: употребление высококалорийной пищи большими разовыми объемами, «заедание» стресса, повышенный аппетит. В возрасте 1 года эти дети на 500г тяжелее своих сверстников, имеющих нормальную массу тела ($p = 0,02$).

У детей с поражениями пищевода и избыточной массой тела по сравнению с детьми с поражениями пищевода и нормальной массой тела статистически значимо чаще отмечается отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной и сердечно-сосудистой систем и ожирению ($p < 0,03$).

Вывод. Выявлено, что наиболее значимыми причинами, приводящими к формированию рефлюкс-эзофагита и способствующими развитию избыточной массы тела, являются привычки питания детей: большие разовые объемы пищи, употребление высококалорийной пищи, заедание стресса и повышенный аппетит. Показано, что дети, страдающие заболеваниями пищевода и имеющие избыточную массу тела, уже с возраста введения прикорма имеют интенсивную прибавку массы тела, что связано с устойчивыми пищевыми привычками матери и перекармливанием детей в семьях, страдающих избыточной массой тела. Это требует постоянного контроля над нарастанием массы тела на первом году жизни и коррекции вскармливания таких детей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА 15-17 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.

*Арзикулов А.Ш., Арзибеков А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Охрана здоровья детей подросткового возраста является одним из приоритетных направлений сохранения и укрепления здоровья населения. Именно подростки будут определять демографический и трудовой потенциал страны. Особенно важно, что именно в подростковый период закладываются основы репродуктивного здоровья, профессиональной ориентации, создания семьи, пригодности к военной службе.

Особое внимание в научных исследованиях, посвященных здоровью подростков, уделяется физическому развитию, в частности, дисгармоничности как фактору риска, негативно влияющего на формирование функциональных систем детского организма.

Цель исследования: выявить основные закономерности клиничко- функциональных проявлений вегетативной дистонии у подростков 15-17 лет с дисгармоничным физическим развитием.

Материал и методы. Работа выполнена по результатам комплексного обследования юношей-допризывников и призывников г. Андижана в возрасте от 15 до 17 лет, призванных для приписки в Вооруженные Силы в 2009 - 2011 году

(n=571). Основную группу составили 384 подростка с ВД (192 мальчика и 192 девочки). Группа контроля - дети без ВД (здоровые дети I и II а группой здоровья) -187 детей того же возраста (94 мальчика и 93 девочки).

Результаты исследования. Полученные нами данные отчетливо показали не только предполагаемый клинический полиморфизм, свойственный вегетативной дисфункции, но - и это главное - уже сформировавшиеся системные синдромы, соматоформный и психовегетативный, говорящие о перманентности вегетативного дисбаланса и значительной его выраженности. Был установлен факт периодической манифестации процесса, диктующий необходимость лечения подростка в стационаре и на амбулаторном этапе оказания ему медицинской помощи и, наконец, реабилитации в условиях санатория. Вегетативный дисбаланс у большинства из них не носит патологической окраски и является проявлением лишь приспособительной - компенсаторной реакции - вегетативной дисфункции, в основе которой лежат, как правило, биологические, генетические и социально - средовые факторы, такие как негативные стереотипы поведения, нарушение основ здорового образа жизни и другие.

Клинические признаки различных соматоформных проявлений ВД, выявленные у детей с ВД в зависимости от гармоничности физического развития, были весьма многообразны. Изучение клинических особенностей течения вегетативной дистонии у подростков с ВД и ДГФР выявило ряд особенностей по ряду соматоформных проявлений по сравнению с детьми с ВД и ГФР, как мальчиков, так и девочек. У детей с ВД и ДГФР были выявлены достоверные тендерные различия ($p<0,05$) по частоте клинических симптомов, у девочек по сравнению с мальчиками чаще отмечались: тошнота - (на 41,6 %), ортостатический синдром - (на 27,5 %), цефалгии - (на 24,7 %), вегеталгии - (на 23,3 %), боли в животе - (на 23,1 %), нейрогенный мочевой пузырь - (на 22,5 %), запоры - (на 21,9 %). В группе детей с ВД и ГФР достоверных тендерных различий по частоте клинических симптомов выявлено не было. Достоверно чаще ($p<0,05$) выявлялись соматоформные признаки ВД у мальчиков с ДГФР по сравнению с мальчиками с ГФР : оссеалгии - (на 41,4 %), головокружение - (на 27,3 %); у девочек ДГФР в сравнении с девочками с ГФР достоверно чаще ($p<0,05$) отмечались соматоформные признаки: оссеалгии - (на 63,9 %), метеоризм - (на 53,7 %), запоры - (на 41,9 %), тошнота - (на 40,0 %), ортостатический синдром - (на 32,9 %), головокружение - (на 25,5 %), боли в животе - (на 24,5 %), цефалгии - (на 23,5 %). Как оказалось, наиболее частыми (более чем у 2/3 обследованных всех групп и почти у всех девочек с дисгармоничным типом физического развития) и разнообразными по клинической окраске проявлениями, по крайней мере субъективного свойства, у детей были вегеталгии. Они составляли основу симптома, не только маскируя органическую патологию - кардиальные, абдоминальные и церебральные болевые ощущения - но и определяя довольно выраженный фон вегетативной дезадаптации, объективные подтверждения которого можно было выявить как за счет иррадиации по нейрогенным зонам, так и за счет болезненной пальпации мест выхода отдельных нервных пучков - тройничного и лицевого нервов, паравертебральных, сосудисто-нервных.

Необходимо констатировать, что вегеталгии так же, как и другие проявления вегетативного дисбаланса, чаще и наиболее интенсивно были представлены у девочек больше, чем у мальчиков. При этом у девочек с ДГФР они были более выраженные. Кратность клинических симптомов, рассчитанная на 1-го обследуемого подростка, имела существенное отличие у детей 13-15 лет с различной степенью гармоничности. Так, клинические признаки у детей с ДГФР в 1,5 раза чаще встречались по сравнению с подростками с ГФР.

Заключение. Таким образом, соматоформные проявления ВД имели достоверные различия между мальчиками и девочками с ВД как с ГФР, так и ДГФР. Определены достоверные различия между мальчиками с ГФР и ДГФР и между девочками с ГФР и ДГФР. Было выявлено, что у девочек с ДГФР клинические проявления ВД отмечались чаще и имели более выраженную и интенсивную окраску по сравнению с девочками с ГФР.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ «БИОФЕРРОН» ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

*Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х., Арзикулова Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Анемия у подростков-девушек в течение длительного периода называлась ювенильным хлорозом. В настоящее время не вызывает сомнения, что главным фактором, приводящим к железодефицитной анемии у подростков, является несоответствие между запасами железа в организме; его поступлением, с одной стороны, и потребностями в железе — с другой. Причины такого несоответствия могут быть разными. Быстрый рост девушек, обильные менструации, исходный низкий уровень железа, плохое питание — все это способствует нарушению баланса железа и может привести к скрытому дефициту железа, который проявляется анемией лишь в дальнейшем, в период первой беременности, и может вызвать явную железодефицитную анемию.

Цель исследования. Предложить БАД БИОФЕРРОН для лечебно-профилактических мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья у девушек-подростков, предупреждению у них анемии.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач исследовано репродуктивное здоровье 160 девушек-подростков 14-19 лет, обучающихся в общеобразовательных школах, профессиональных колледжах и высших учебных заведениях г Андижана с 2015 по 2019гг

Основную группу составили 110 девушек-подростков с анемией, которым проводилось комплексное обследование и лечение с применением современных методов диагностики и терапии, группу контроля составили 50 здоровых девушек-подростков

Результаты исследования. Повышение потребностей в железе при ускоренных темпах роста, занятиях спортом, интенсивной нагрузке в образовательных учреждениях основного и дополнительного образования являлось доминирующим фактором формирования ЖДА у подростков в период 2015-2017 гг., однако в 2017-2019 гг. его влияние перестало быть столь очевидным у большинства обследованных нами детей.

Кровопотери как фактор формирования дефицита железа у подростков занимают второе место у больных первой группы и третье место у детей второй группы. Источники кровопотерь у больных обеих групп традиционны: носовые (14 % в первой группе), маточные (36 % девочек в первой группе), желудочно-кишечные (16 % в первой; 18 % во второй

группе) кровотечения. У 16 (10 %) из 160 пациента с кровотечениями из первой группы выявлено сочетание кровопотерь из нескольких источников. Обращает внимание увеличение количества пациентов с эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ в период 2015-2019 гг.

Проведенное комплексное лечение (гемостатические и в отдельных случаях гормональные средства в сочетании с препаратами железа) привело к положительному результату у девушек-подростков обеих основных групп. Достоверные различия выявлены во всех показателях крови до и после лечения 1 группа - повышение гемоглобина на 23,6%, эритроцитов на 7,8%, ЦП на 9,9%, СЖ на 36,4%, СФ на 44,0%, КНТ на 41,4%, снижение ОЖСС на 13,4% и эритропоэтина на 30,2%, 2 группа - повышение гемоглобина на 41,6%, эритроцитов на 5,1%, ЦП на 17,1%, СЖ на 83,2%, СФ на 81,9%, КНТ на 121,9%, снижение ОЖСС на 14,0% и эритропоэтина на 76,7%.

Отрицательной лабораторной динамики (снижение уровня гемоглобина и/или сывороточного железа) не отмечалось ни у одной девушки.

Достоверных различий в изменении концентрации эстрадиола у обеих групп до и после лечения не выявлены. Если до начала лечения уровень прогестерона был снижен, то в результате терапии отмечалось его повышение у 1 группы на 87,1%, у 2 группы на 79,5%. Снижение тестостерона на 20,0% имелось у 2 группы (1,70±0,35 против 2,04±0,11).

На фоне лечения у девушек-подростков нормализовался менструальный цикл, исчезли юношеские угри.

В результате лечения уровни ФСГ и ПРЛ достоверно увеличились 1 группа - ФСГ на 26,2%, ПРЛ на 21,3%, 2 группа - 69,9% и 10,7% соответственно. Уровень ЛГ не претерпевал значительных изменений (у 1 группы увеличился на 1,6%, у 2 - на 2,8%).

Индексы отношений основных гормонов до лечения и после лечения достоверно отличаются и в результате лечения оказались приближенными к показателям контрольной группы.

В результате проведенного исследования было установлено, что при лечении ЖДА купирование клинических признаков заболевания было достигнуто менее чем за 14 дней. Общая слабость, головокружение, потливость, одышка при нагрузке в среднем были купированы на $10,4 \pm 1,2$ день. Такие объективные симптомы, как бледность кожных покровов, тахикардия, артериальная гипотония, сохранялись дольше ($16 \pm 0,9$ дня). Ни субъективные жалобы, ни отклонения от нормы при физикальном осмотре, приведенные выше, не были отмечены при обследовании на 3-м контрольном визите (через 4 недели лечения). Через 2 недели лечения средний уровень Hb составил $101,3 \pm 3,8$ г/л, количество больных с повышением уровня Hb на 10 и более г/л составило 14 человек (47%).

В динамике уровень ретикулоцитов через 2 недели составил $6,3 \pm 2,3\%$ (исходно $8,3 \pm 2,6\%$). Уровень сывороточного ферритина через 2 недели равнялся $39,0 \pm 20,2$ мкг/л (исходно $85,8 \pm 27,4$ мкг/л).

Концентрация ферритина сыворотки колебалась у одних и тех же больных и по группе в целом в широких пределах. Достоверных изменений средней величины не получено. Отмечался высокий уровень ферритина у отдельных больных (от 99 до 707 мкг/л), что, возможно, связано с характером основного заболевания, обусловившего развитие ЖДА у этих больных, в частности с лежащим в основе заболевания воспалением, для которого характерно увеличение такого показателя, как ферритин (будучи «белком воспаления»), ферритин недостаточно специфично отражает запасы железа в организме человека). Через 4 недели приема Биоферрона средний уровень Hb равнялся $108,5 \pm 2,9$ г/л, количество больных с повышением уровня Hb ≥ 20 г/л по сравнению с исходным значением составило 15 человек (50%). Величина прироста Hb через 4 недели равнялась в среднем по группе 15,5 г/л. Наиболее активный прирост Hb имел место у больных с анемией средней тяжести (величина прироста Hb через 4 недели в этой группе составила 22,6 г/л).

Нормализация уровня Hb в крови через 4 недели приема Биоферрона отмечена у всех девушек - подростков. В динамике уровень ретикулоцитов через 4 недели составил в среднем $7,6 \pm 3,4\%$ (через 2 недели равнялся $6,3 \pm 2,3\%$). У 10 человек наблюдался выраженный ретикулоцитарный криз. Уровень сывороточного ферритина в динамике через 4 недели составил в среднем $33,5 \pm 18,6$ мкг/л (при исходном уровне $85,8 \pm 27,4$ мкг/л). Нарастание концентрации Hb на фоне приема Биоферрона сопровождалось повышением уровня сывороточного железа до $9,65 \pm 1,2$ мкмоль/л (исходно $7,04 \pm 0,9$ мкмоль/л). Однако это не сопровождалось достоверными изменениями концентрации ферритина в сыворотке крови (функцией ферритина является депонирование запасов железа в тканях) и увеличением числа ретикулоцитов в крови.

Выводы. Таким образом, правильно подобранная и сбалансированная противоанемическая терапия с БАД «Биоферрон» может рассматриваться как необходимая составляющая для успешного лечения девушек-подростков с анемией в практике гинеколога.

ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЕЛОНЕФРИТОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Арзикулова Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы в связи с ухудшением экологической и экономической ситуации особую актуальность приобрела проблема дефицитных состояний, обусловленных недостатком эссенциальных микроэлементов (МЭ). Исследования последних лет свидетельствуют о том, что обусловленность женщин репродуктивного возраста микронутриентами ниже физиологических потребностей.

По данным научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ Республики Узбекистан, у значительной части беременных и кормящих женщин дефицит сочетается с недостаточным поступлением в организм ряда макро и микроэлементов и снижением их содержания в биологических жидкостях (3, 4, 10). Актуальность настоящего исследования обусловлена отсутствием единых методологических подходов, а также скудностью исследований гомеостаза МЭ у беременных с ПН и практически полным отсутствием сведений о состоянии гомеостаза МЭ у здоровых беременных, рожениц, что затрудняет интерпретацию полученных данных. Проведение дальнейших исследований в этом направлении, несомненно, имеет большое теоретическое и практическое значение.

Целью настоящего исследования являлась - определить клинико-патогенетическое значение ряда микроэлементов при физиологически протекающей и осложненной пиелонефритом беременности.

Материал и методы исследования: Работа выполнена на базе Андижанского государственного медицинского института в период с 2015 по 2019 гг. Исследования проводились в перинатальном центре г. Андижана, родильном доме №2 и в женской консультации при семейной поликлинике г. Андижана. Проведено комплексное обследование 80 женщин с доношенной беременностью, проживающих в г. Андижан и Андижанской области. По возрастным группам они распределены следующим образом: первая от 18 до 29 лет; вторая от 30 до 35 лет, четвертая от 36 и старше.

С учетом клинических особенностей течения беременности все обследуемые разделены на две группы: первую (контрольную), включающую 50 женщин с физиологическим течением беременности, и вторую, куда были включены 30 беременных с пиелонефритом. Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования: анамnestические, клинические, включавшие комплексную оценку состояния рожениц; лабораторные, инструментальные, в том числе количественное и качественное определение содержания МЭ в крови беременных.

Для определения содержания микроэлементов в сыворотке крови использован фотометрически-колориметрический метод, с использованием наборов итальянской компании «Sentinal Diagnostics» и контрольные материалы фирмы «Randox Laboratories LTD». У обследованных женщин, в зависимости от срока гестации и паритета беременности определены сывороточная концентрация Zn, Fe, Cu и Mg в плазме крови. Статистическая обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики с применением современных пакетов компьютерных программ Statistica 6,0 с использованием параметрических и непараметрических методов статистики, корреляционного анализа, критерии достоверности t- Стюдента и χ^2 .

Результаты исследования Среди беременных матерей с ПН отмечена высокая распространенность хронических экстрагенитальных заболеваний по сравнению с матерями контрольной группы- 9 (17,6%) в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно у 12(80%) ($p<0,001$), 31(77,6%) ($p<0,001$) и 21(85,7%) женщин ($p<0,001$). Выявлен риск развития хронической патологии пищеварительной системы у беременных с ПН: АР = 18; $p<0,05$; ОР = 4,1; ДИ 95%. Хронические гастриты, хронические гастродуодениты отмечались достоверно чаще у беременных матерей детей 1-й группы – 5(30%) ($p<0,05$) и 3-й группы – 9(35,7%) ($p<0,01$), чем у матерей детей контрольной группы- 3(5,9%). Выявлено, что высокую частоту ОГА имели беременные 1-й, 2-й и 3-й основных групп соответственно- 12 (75%) ($p<0,001$), 30 (75,5%) ($p<0,001$) и 14 (57,1%) ($p<0,01$), чем беременные контрольной группы 7 (14,7%). Наибольшая частота ОАА, по сравнению с контрольной группой женщин-10 (20,6%) констатировалась у беременных 2-й и 3-й группы с ПН (соответственно 8(50%) и 19(47%) $p<0,05$).

Установлена высокая частота патологического течения беременности у женщин 2-й и 3-й группы. Обнаружено, что гестозы первой половины значительно реже отмечались у женщин детей контрольной группы 3 (5,9%), по сравнению с матерями 1-й – 4 (25%) ($p<0,05$) и 3-й групп – 9 (35,7%) ($p<0,01$); кроме того у матерей во 2-й группе – 5 (12,2%), по сравнению с 3-й – 9 (35,7%) ($p<0,05$). Сравнение частоты гестозов второй половины беременности показало их превалирование в 1-й и 2-й основных группах соответственно у 6 (35%) и 14 (35%) ($p<0,05$) в отличие от контрольной группы- 6 (11,8%). Отмечено, что угроза прерывания беременности чаще встречалась у рожениц в 1-й, 2-й и 3-й основных группах соответственно - 9 (55%) ($p<0,01$), 27 (69,4%) ($p<0,001$) и 16 (64,3) ($p<0,01$) по сравнению с контрольной группой матерей 10 (20,6%). Недостаточно меньшее значение частоты ОРВИ обнаружено у женщин в контрольной группе- 6 (11,8%), чем в 1-й, 2-й, 3-й группах соответственно 3 (20%), 8 (20,4%), 5 (21,4%) ($p>0,1$).

Хроническая ФПН диагностировалась преимущественно у женщин 2-й и 3-й групп соответственно в 36 (90%) и 20 (78,6%) случаях, по сравнению с матерями контрольной – 3 (5,9%) ($p<0,001$).

Выявлены различные виды патологии родового акта у женщин 2-й и 3-й группы. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты констатировалась несколько меньше у матерей 2-й основной группы – в 5(28,6%) случаях, чем у матерей в 3-й – 7 (12,2%) ($p>0,1$).

ПРОМ, по сравнению с контрольной группой- 4 (8,8%) встречался с большей частотой у рожениц во 2-й и 3-й группах соответственно 14 (34,7%) ($p<0,01$) и 11 (42,9%) ($p<0,01$). Быстрые и стремительные роды констатировали чаще во 2-й группе – 10 (24,5%) ($p<0,01$), чем в контрольной группе матерей-1 (2,9%). Достоверные различия частоты родов путем кесарева сечения были только между матерями 1-й группы – 6 (40%) ($p<0,05$) и женщинами контрольной группы – 7 (14,7%).

Среднее содержание сывороточного цинка у матерей 1-й, 2-й, 3-й основных групп соответствует значениям $12,02\pm1,47$ мкмоль/л, $9,91\pm0,08$ мкмоль/л и $8,56\pm1,26$ мкмоль/л и достоверно ниже ($p<0,05$) были показатели 2-й и 3-й группы, чем у матерей контрольной группы – $16,6\pm1,14$ мкмоль/л.

Выводы: Таким образом, беременные матери, с ПН, существенно чаще имели дисбаланс микроэлементов – дефицит цинка, накопление Cu и Mg, которые способствуют снижению интенсивности окислительно-восстановительных процессов, усиливают влияние гипоксии на ткани головного мозга плода, хронические экстрагенитальные заболевания (78%) и патологическое течение беременности и родов (84%), а у новорожденных – осложненное течение неонатального периода (86%).

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПНОПАТИЕЙ

Арипова Ш.Ш., Камалов З.С.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз*

Цитокины традиционно были предметом особого внимания со стороны исследователей, занимающихся проблемами клинической иммунологии. Это связано с тем, что цитокины, обладающие широким спектром функциональных свойств, играют важную роль в патогенезе хронических заболеваний, формируя сложную биологическую коммуникационную сетевую систему, регулирующую интенсивность воспалительных, иммунных, ишемических и

метаболических процессов, в том числе защитных реакций организма. Известно, что про- и противовоспалительные цитокины и их баланс играют важнейшую роль в формировании иммунореактивности организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение содержания некоторых провоспалительных цитокинов у детей школьного возраста, с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 20 детей школьного возраста от 7 до 14 лет с установленным диагнозом ДКМП. Контрольную группу составили 20 детей аналогичного возраста.

Иммунологические исследования у обследуемых детей проводились в лаборатории иммунорегуляции Института иммунологии и геномики человека АН РУз.

Концентрацию фактора некроза опухоли- α и интерлейкина 18 (ФНО α и ИЛ-18) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ» (Россия, Новосибирск). Количественную оценку результатов проводили методом построения калибровочной кривой или с использованием коммерческой компьютерной программы «Microplate manager», отражающих зависимость оптической плотности от концентрации для стандартного антигена и позволяющих сравнение с ним исследуемых образцов.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Достоверность различий средних величин сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента(t).

Результаты и обсуждение. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – заболевание, которое характеризуется дилатацией левого желудочка с развитием систолической сердечной недостаточности и не связано с ишемической болезнью сердца или клапанной дисфункцией.

Провоспалительные цитокины являются наиболее важным и хорошо изученным классом биологически активных веществ, оказывающих иммунное и/или воспалительное действие и имеющих отношение к сердечной недостаточности. К числу основных провоспалительных цитокинов относятся фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) и интерлейкин 18 (ИЛ-18), уровень которых мы определяли в сыворотке крови у детей с ДКМП в данном исследовании.

Нами было проведено исследование по определению уровня продукции ФНО α как важного медиатора, который является одним из наиболее универсальных регуляторов иммунитета и воспалительных реакций с широким спектром биологических эффектов. Основные продуценты-моноциты и макрофаги. Его секретируют также нейтрофилы, эндотелиальные и эпителиальные клетки, эозинофилы, тучные клетки, В- и Т-лимфоциты при их вовлечении в воспалительный процесс.

Анализ результатов показал, что у детей с ДКМП уровень ФНО- α повысился в 4,2 раза по сравнению с данными контрольной группы, что составило в среднем $52,3 \pm 2,70$ против $12,5 \pm 0,96$ пг/мл ($P < 0,001$).

Следующим этапом наших исследований было определение уровня ИЛ-18 в сыворотке крови у детей.

Интерлейкин 18, являясь плеiotропным провоспалительным цитокином, стимулирует продукцию ИФН γ , ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-2, факторов апоптоза, увеличивает пролиферативную активность Т-лимфоцитов, повышает литическую активность НК-клеток. ИЛ-18 участвует в формировании клеточного и гуморального, врожденного и приобретенного иммунного ответов, стимулирует продукцию молекул адгезии, которые участвуют в механизмах клеточной миграции, что имеет значение как при формировании иммунного ответа, так и в патогенезе некоторых заболеваний.

В наших исследованиях у детей с ДКМП концентрация данного цитокина была достоверно повышена. Так, у детей с ДКМП уровень ИЛ-18 составил в среднем – $146,3 \pm 9,00$ пг/мл, что в 3 раза выше показателей контрольной группы ($48,3 \pm 2,84$ пг/мл) ($P < 0,001$).

По уровню ФНО- α и ИЛ-18 можно косвенно судить об активности воспалительного процесса в целом. Вероятно, между тяжестью сердечной патологии и уровнем синтеза ФНО- α и ИЛ-18 существует положительная корреляция, и чем тяжелее сердечная недостаточность, тем сильнее выражена реакция иммунной системы и выше уровень цитокинов, и, наоборот.

Полученные нами данные, позволяют предположить о том, что в результате критического повышения уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов включаются один за другим процессы, оказывающие негативные сердечно-сосудистые эффекты, что в последующем способствуют еще большему повреждению миокарда.

Таким образом, повышенный уровень ФНО- α , а также ИЛ-18 прогрессивно оказывают прямое повреждающее действие на кардиомиоциты, индуцируя их апоптоз. Учитывая большую значимость медиаторов в обеспечении всего механизма защиты организма от инфекционных и других антигенов, можно считать весьма актуальным проведение исследования баланса провоспалительных цитокинов при хронической сердечной недостаточности у детей ДКМП.

Вывод. Выявлено, что у детей с ДКМП уровень провоспалительных цитокинов был значительно повышен, и этот факт позволяет судить об активности воспалительного процесса, который прогрессивно оказывает прямое повреждающее действие на кардиомиоциты. Так у детей основной группы синтез ФНО- α и ИЛ-18 повышен соответственно в 4,2 и 3 раза, чем у детей контрольной группы.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Арипходжаева Ф.З., Холова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Частота аритмий при беременности 20-40%. Наиболее часто они представлены наджелудочковой (НЖЭ) и желудочковой экстрасистолией (ЖЭ). Жизнеугрожающие злокачественные нарушения ритма довольно редки и при отсутствии структурных изменений миокарда влияния на прогноз не оказывают.

Цель. Изучить нарушения ритма сердца при беременности.

Материалы и методы. Пациентка Е., 25 лет, поступила с жалобами на слабость, приступы тревоги и сердцебиения с пресинкопальными состояниями. В возрасте 16 лет зафиксирована экстрасистолия, не обследовалась. Первая беременность протекала без особенностей. В 2015 отмечала эпизод тахикардии, осмотрена терапевтом, принимала успокоительные. В мае 2016 повторный приступ, вводился кордарон. В течение лета отмечала эпизоды сердцебиения, ухудшение с августа, дважды теряла сознание. Обращалась к эндокринологу, патологии щитовидной железы не выявлено.

Состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Лабораторные данные в рамках нормы. ЭКГ: синусовый ритм; горизонтальная ЭОС; единичные ЖЭ. ЭхоКГ: аномально расположенная хорда в ЛЖ. ХМ - ЭКГ: одиночные ЖЭ - 4956, эпизоды би- и тригеминии; парные ЖЭ - 2795; групповые ЖЭ - 1737; НЖЭ - 2; пароксизм желудочковой тахикардии (ЖТ). На УЗИ: беременность акушерским сроком 27 недель 3 дня, плод соответствует сроку. Диагноз: Пароксизмальная ЖТ. Частая ЖЭ (одиночная с эпизодами би- и тригеминии, парная, групповая), редкая одиночная НЖЭ. Синкопальные состояния (30.08.16, 5.09.16). Беременность сроком 26 недель.

Лечение: метопролол 25мг/сут. Направлена в СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова. Попытка перевода на соталол не удалась. Под наблюдением аритмологов центра беременность пролонгирована до 38 недель, роды естественным путем под эпидуральной анестезией протекали без осложнений. Аритмия сохраняется, планируется ИКД. Обсуждение: учитывая сведения об ААП из классификации FDA, ЖТ со стабильной гемодинамикой купируют лидокаином или новокаиномидом. Только при их неэффективности вводят амиодарон по жизненным показаниям. Для первичной профилактики ВСС назначают β-АБ.

Выводы. Наличие потенциально злокачественной аритмии не потребовало прерывания беременности. Выбранное минимальное терапевтическое вмешательство оказалось эффективным. Необходимо повысить информированность врачей о тактике ведения таких пациенток и неблагоприятном влиянии амиодарона на плод.

MODERN ASPECTS OF LABOR INDUCTION FOR PREPARING THE CERVIX FOR CHILDBIRTH AT DIFFERENT STAGES OF PREGNANCY

*Aslonova M.J., Hafizova D.B.
Bukhara State Medical Institute*

The favorable outcome of childbirth for the mother and the child largely depends on the nature of labor. Violations of its coordination lead to a complicated course of childbirth, negative consequences for the mother and fetus, and an increase in surgical interventions. The biological readiness of the body of pregnant women for childbirth is one of the most important prerequisites for their uncomplicated course. In this regard, a large number of studies are devoted to the preparation of the cervix for childbirth [2,3,5].

The aim of the study was a clinical assessment of the effectiveness of mifepristone for preparing the cervix for childbirth at different stages of pregnancy.

Materials and methods. The 30 pregnant women included in the study were divided into 2 groups: I (n = 11), which showed abortion at 28-35 weeks due to antenatal death of the fetus, and II (n = 19) with a full-term pregnancy, term 39-41 weeks, and "immature" birth canal. To assess the maturity of the cervix, the Bishop scale was used. In 25 women (83%) the cervix was assessed as "immature", in 5 (17%) (from group II) - as "not mature enough" (6-7 points). Mifepristone (Mir-Pharm, Russia) was administered at a dose of 200 mg (1 tablet) once a day (in the morning) orally, with an interval of 24 hours, for 2 days. In all patients, the status of the placental system was studied antenatal.

Results. During the first days after the repeated intake of mifepristone, labor activity developed in 4 (36%) in group I and in 5 (26%) in group II. On day 2 - in 2 (18%) and 6 (32%), on day 3 - in 1 (9%) and 5 (26%), on 4 - in 3 (27%) and 2 (11%) respectively. One woman in group II (5%) spontaneous labor developed on day 5. In 4 (36%) women from group I, labor was performed by prenatal amniotomy on 1-3 days after taking mifepristone again. In group II, this type of labor excitation was not used. For the development of normal labor, the introduction of uterotonics was required in 2 cases (18%) in group I and in 7 cases (37%) in group II. There were no perinatal losses.

Conclusions. The clinical efficacy of mifepristone is 93%. Labor activity developed in 89% of women. The use of the drug is an effective method of preparing for childbirth at various gestational periods, and also reduces the need for prostaglandins and oxytocin.

RESULTS OF APPLICATION OF TECHNOLOGY OF MEDICINAL ABORTION IN THE SYMPTOM OF FETAL LOSS.

*Aslonova M.J., Dustova N.K.
Bukhara State Medical Institute*

Artificial abortion and safe delivery is an important medical and social problem. The development of regular labor depends on many factors, among which steroid hormones, prostaglandins, uterotonics are of particular importance. So, progesterone regulates and controls the state of the myometrium, blocking the occurrence of generalized contractions (2.4.)

One of the modern sparing methods is early medical abortion with the help of antiprogesterins (1.3.) In this regard, we analyzed the effectiveness of Mifepristone in stimulating labor in women with non-developing pregnancy. (5)

The purpose of the study: To study the results of the use of medical abortion in non-developing pregnancy with a period of up to 20 weeks.

Materials and methods: The examined women were divided into two groups. Among the examined, 75 women decided to terminate an undeveloped pregnancy using pharmacological agents. The first group included 38 women who, at the first stage of treatment, received mifepristone at a dose of 200 mg; the second - 37 women who took this drug in a dose of 400 mg. The control group consisted of 20 women with a normal pregnancy, who used mifepristone at a dose of 200-400 mg to terminate the pregnancy, followed by 200 mg misoprostol according to the scheme until the fetus was completely expelled.

Results and discussion: Among women of the main group, after taking mifepristone during the first or second day, full expulsion of the fetal egg was observed in 2 (12.0%) women of the first group and in 1 (11.5%) women of the second group, which did not require an appointment misoprostol. In the remaining patients, signs of the onset of expulsion of the products of conception were detected on average 2.5 ± 1.74 hours after taking misoprostol. In the control group, the expulsion of the ovum after taking

mifeprston occurred in 2 (5.7%) cases. To obtain the clinical effect after taking misoprostol, an average of 5.4 ± 0.91 hours was required. Consequently, with conservative treatment of an undeveloped pregnancy, the induction-abortion interval is significantly shorter than with medical termination of a physiological pregnancy (by 53.7%, $p = 0.001$). Among women who underwent drug emptying of the uterine cavity, the following side effects were noted. In the first group of patients, side effects in the form of nausea and vomiting were recorded in 2 people (5.3%). In the second group of patients, side effects in the form of chills, low-grade fever, headache, nausea and vomiting were observed in 4 (14.9%) women.

Thus, the study showed a high efficiency of drug emptying of the uterine cavity with an undeveloped pregnancy up to 9 weeks. In the period from 12 weeks to 20 weeks, the use of mifipristone proceeded favorably against the background of antibacterial and hemostatic therapy about a double dose of mifipristone 400 mg and misoprostol 400 mg every 3 hours until the fetus is completely expelled. The use of mifepristone in combination with misoprostol can be an alternative to surgical abortion, as it avoids the risk associated with surgery and anesthesia, is well tolerated by patients.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

*Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Маматова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Предменструальный синдром (ПМС) – состояние, возникающее в результате комплекса психоэмоциональных, эндокринных, и вегето - сосудистых нарушений. Симптомы предменструального синдрома появляются за 2-10 дней до начала менструаций. По данным статистики ПМС в той или иной форме отмечается у 70-90% женщин. Из них около 35% обращаются за медицинской помощью в связи с выраженной симптоматикой.

Различают 4 клинических форм ПМС: нервно – психическую форму, отечную, цефалгическую и кризовую.

Считают, что решающим в развитии ПМС является не уровень половых гормонов, который отличается от такового у здоровых женщин, а колебание этих гормонов в течение менструального цикла. Большая роль в патогенезе развития ПМС отводится пролактину, который является модулятором действия многих гормонов. Пролактин способствует эффекту альдостерона и антидиуретическому влиянию вазопрессина.

Клиническая картина ПМС характеризуется большим разнообразием. У больных часто отмечаются плаксивость, раздражительность, депрессия, обидчивость, агрессивность, головные боли по типу мигрени. Также у больных наблюдается отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, нагрубание и болезненность молочных желез.

Диагностика ПМС достаточно трудна. Учитывая, что специфических симптомов не существует, главным ориентиром при постановлении диагноза является их цикличность. Диагноз устанавливается при наличии не менее 5 из следующих симптомов, при обязательном проявлении одного из первых четырех.

1. Эмоциональная лабильность – это раздражительность, плаксивость, быстрая смена настроения.
2. Агрессивное или депрессивное состояние.
3. Чувство тревоги и напряжения.
4. Ухудшение настроения чувство безысходности. Снижение интереса к обычному укладу жизни.
5. Быстрая утомляемость, слабость.
6. Невозможность сконцентрироваться.
7. Изменение аппетита, склонность к булимии.
8. Сонливость или бессонница.
9. Нагрубание и болезненность молочных желез, головная боль, отеки, суставная или мышечная боль, прибавка массы тела.

Целью нашего исследования явилось применение Мастодиона для лечения ПМС. **Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 36 пациенток с отечной формой мастопатии. Проведено обследование, которое включало измерение суточного диуреза, УЗИ молочных желез, по показаниям маммография, исследование выделительной функции почек.

Мастодинон назначали внутрь по 30 кап 2 раза в сутки без перерыва в период менструации. Курс лечения не менее 3 месяцев. Мастодинон обладает дофаминэргическим действием, благодаря чему снижается продукция пролактина аденогипофизом.

Результаты исследования. При применении Мастодиона отмечалось заметное снижение клинических симптомов ПМС. У больных исчезли нагрубание и болезненность молочных желез, отеки, не наблюдалась прибавка массы тела, снизились признаки эмоциональной лабильности. Это в свою очередь привело к повышению работоспособности, улучшению качества жизни.

Выводы. Полученные нами результаты показали, что Мастодинон является высокоэффективным препаратом для лечения ПМС.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

*Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Маматова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Эндометриоз является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии.

Основными симптомами эндометриоза являются: альгодисменорея, диспареуния, болезненность при влажании исследовании, болезненные дефекации, бесплодие.

Цель исследования. Применение Эволерина для медикаментозного лечения эндометриоза.

Материалы и методы. Нами было проведено лечение эндометриоза у 12 пациентов. Лечение проводилось в течение 4 месяцев. Эволерин 3,75 мг вводился внутримышечно 1 раз в 28 дней. Эволерин является аналогом гонадотропин-рилизинг гормона. Он связывается с рецепторами клеток передней доли гипофиза, вызывает кратковременное повышение уровня половых гормонов в плазме крови. Дальнейшее применение лечебных доз приводит (в среднем через 12-14 дней) к полной блокаде гонадотропной функции гипофиза, блокируя, таким образом, выделение лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ).

Как известно, Эволерин способен снижать продукцию ароматазы, синтез соединительной ткани, блокировать выработку различных факторов роста и цитокинов, а также влияет на процессы индукции акантоза. Основные достоинства Эволерина - это возможность быстрого прекращения приема препарата, восстановление менструальной функции, отсутствие андрогенного и анаболического эффектов.

Результаты. После 4 месяцев лечения с использованием Эволерина были получены следующие результаты: полное исчезновение таких симптомов как альгодисменорея, диспареуния, кровомазание до и после менструации.

Выводы. После проведенного лечения отмечалось исчезновение клинических проявлений эндометриоза, улучшение общего состояния и качества жизни пациенток. Оно обеспечивает поддержание гормонального гомеостаза на возрастном уровне, профилактику преждевременной инволюции репродуктивной системы и преждевременного старения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Частота фоновых процессов шейки матки весьма высока и не имеет тенденции к снижению. Заболевания затрагивают большой контингент молодых женщин и отражают на их репродуктивном здоровье. Патология шейки матки и влагалища возникает при воспалительных процессах, приводящих к некробиозу многослойного плоского эпителия в кислой среде влагалища, который в результате механической травмы сплющивается с подлежащей мембраны.

Цель нашей работы. Изучить эффективность применения препарата пависина при лечении заболеваний шейки матки и влагалища

Материал и методы исследования. Исследования проводились в Андижанском перинатальном центре в отделении гинекологии. Под нашим наблюдением находились 46 пациентов с патологией слизистой оболочки влагалища и после хирургического лечения эрозии шейки матки. Обследуемые женщины жаловались на боли и патологические выделения из влагалища, клинический анамнез которым был поставлен на основании следующих исследований: анализ мазка на бактериальный посев, кольпоскопия, гистологический анализ со скоба мазка с эрозированной поверхности на наличие раковых клеток. Всем женщинам использовали вагинальные капсулы препарата клазин с интервалом один раз в два дня. Суппозитории образуют во влагалище кислую среду, что способствует сгущению некротизированных, поврежденных или патологически затронутых клеток с их последующим отторжением. В результате коагуляции клеток некротической ткани и благодаря антисептическому действию здоровый эпителиальный слой влагалища не повреждается, что способствует регенерации клеток эпителия.

Результаты и обсуждения. Больные были разделены на основную и контрольную группы. В основной группе (23 исследуемых) проводили лечение препаратом клазин в течение 6 дней по одной капсуле в сутки для заживления поврежденной влагалища и шейки матки. В контрольной группе (23 исследуемых) лечение проводилось другим аналогичным препаратом. После окончания лечения в основной группе при обследовании обнаружено 18(78,2%) регенерация клеток эпителия, у 5 (21,8%) без изменения. В контрольной группе 12(52,2%) способствует сгущение некротизированной ткани, 4(17,4%) жаловались на кровянистые выделения, 7(30,4%) без изменений.

Таким образом, некротизированные ткани отделяют от здоровых, создавая тем самым благоприятные условия для регенерации. Применение препарата Пависина не приводит к возникновению рубцов из-за кислой среды суппозитории также обладают вяжущим и сосудосуживающим эффектом, что приводит к кровоостанавливающему эффекту.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Атаджанова Ш.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Представляет интерес изучение корректирующего влияния на процессы перекисного окисления липидов в процессе железотерапии антиоксиданта бета-каротина с помощью простого и доступного метода - железоиндуцированной хемилюминесценции сыворотки крови. Установлено, что в отличие от витамина А у бета-каротина отсутствуют канцерогенный, мутагенный, эмбриотоксический, тератогенный эффекты и при передозировках он не вызывает состояния гипervитаминоза.

Лекарственный препарат, предназначенный для длительного применения, требует помимо оценки эффективности и безопасности, изучения его влияния на качество жизни, без улучшения которого трудно рассчитывать на хорошую приверженность пациента к назначенной терапии. В последние десятилетия наблюдается устойчивый интерес к изучению КЖ больных с различными хроническими заболеваниями. Исследование КЖ является важным дополнением к традиционным методам обследования, новым надежным и эффективным инструментом оценки состояния пациента до лечения и в ходе терапии.

Цель исследования. Оценить качество жизни и синдром слабости с обоснованием применения бета-каротина в комбинированной терапии железодефицитной анемии у женщин молодого возраста.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты обследования 203 лиц женского пола, страдающих хронической железодефицитной анемией, средний возраст $19,79 \pm 0,16$ года и 40 женщин без признаков дефицита железа, средний возраст $19,24 \pm 0,15$ года.

Результаты исследования. Установлено, что включение антиоксиданта (3-каротина в комбинированную терапию железодефицитной анемии, в отличие от изолированного лечения, препаратом железа оказывает более выраженное положительное влияние на клинические проявления, восстановление эритроидного ростка, показатели обмена железа, свободнорадикального окисления липидов и улучшает переносимость препарата железа (сорбифера дурулес).

Выявлено значительное снижение качества жизни молодых пациенток с сидеропенией по всем исследуемым шкалам MOS SF-36, FactAn и BFI, имеющее прямую зависимость от степени тяжести и длительности течения заболевания, а синдром слабости у этого контингента больных (по BFI) был умеренно выраженным.

Показана позитивная динамика параметров качества жизни при лечении общей группы пациенток с сидеропенией по опросникам SF-36, FactAn и уменьшение синдрома слабости по BFI, причем в группе больных с дополнительным применением (3-каротина, по сравнению с традиционной терапией, отмечены достоверно более высокие показатели "социального функционирования" и "жизнеспособности" ($p < 0,05$).

Основными факторами риска развития железодефицитной анемии у женщин молодого возраста являются: обильные менструации, отягощенный наследственный анамнез и несбалансированное питание. Выраженные изменения клинко-лабораторных показателей с повышением интенсивности перекисного окисления липидов в сыворотке крови больных наблюдаются уже при легкой степени анемии и непродолжительном стаже заболевания.

Обнаружены различия параметров качества жизни молодых пациенток по степени тяжести и длительности заболевания в зависимости от проводимого лечения. Включение (3-каротина в комбинированную терапию значительно улучшает "общее здоровье" у больных с легкой степенью тяжести, социальное функционирование - при среднетяжелом течении и уменьшает слабость при тяжелой анемии ($p < 0,05$). У больных с сидеропенией до 5 лет применение (3-каротина приводит к достоверному повышению уровня "социального функционирования", "социально-семейного благополучия" и "жизнеспособности" ($p < 0,05$), а в группах с более продолжительным течением заболевания различий качества жизни не выявлено.

Вывод. Результаты проведенного исследования уточняют роль процессов активации свободнорадикального окисления липидов в патогенезе ЖДА и позволяют рекомендовать для оценки интенсивности перекисного окисления липидов у больных использование метода железоиндуцированной хемилюминесценции сыворотки крови.

Оценка качества жизни, данная самим пациентом, и традиционное медицинское заключение дают наиболее полную характеристику состояния здоровья больного.

Простота и доступность метода исследования качества жизни позволяют рекомендовать его для включения в комплекс диагностических и мероприятий в качестве дополнительного источника информации о состоянии здоровья больных молодого возраста с ЖДА, в целях проведения более адекватной оценки особенностей течения и заболевания. Показатели качества жизни могут быть использованы как дополнительный объективный критерий оценки эффективности проводимого лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВЫБОР ТЕРАПИИ

Атаджанова Ш.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Социальные особенности поведения девушек-подростков обусловлены зависимостью от моды, пропагандирующей элиминационные диеты для быстрого похудения, а также приобщением к вредным привычкам (курение и употребление алкоголя). Очень часто ключом к развитию многочисленных дисфункций у девочек-подростков является железодефицитная анемия (код по МКБ-10 — D50). Частота встречаемости дефицита железа у девочек-подростков оценивается в 9–40%.

Дефицит железа в организме девочки-подростка вызывает жалобы на слабость, повышенную утомляемость, нарушения сна, памяти и эмоционального тонуса. Учитывая метаболизм железа в организме и его активное участие в работе дофаминовой, серотониновой и ГАМК-эргической систем, становится понятным влияние его недостатка на когнитивные функции, эмоциональный тонус и циркадные ритмы и механизмы формирования этого анемического синдрома.

Цель исследования. Оценить факторы риска дефицита железа у девочек - подростков и их влияние на выбор терапии.

Материалы и методы исследования. Этой связи представляют интерес данные исследования, проведенного нами в 2019 году с целью оценки медико-социальных факторов, способствующих возникновению железодефицитной анемии.

В опросе участвовало 74 женщины в возрасте 18–35 лет. Для анализа полученных данных дети были разделены на три группы с учетом показателей клинического анализа крови (первая группа — гемоглобин выше 100 г/л, вторая — 100–90 г/л, третья — ниже 90 г/л). Было выявлено, что выраженность анемии у ребенка не зависела от его пола и социально-экономического статуса семьи. Большинство детей третьей группы родились от первой беременности у матерей в возрасте 18–23 года.

Результаты исследования. В лечении железодефицитной анемии у девочек-подростков определенное значение имеет полноценная диета с включением как мясных продуктов, так и определенных круп, овощей и зелени (гречневая крупа, хлеб, рис, изюм, гранаты, сушеные абрикосы, шпинат, горох, петрушка, соя и бобы). Однако подавляющее большинство диетических рекомендаций дискуссионны. Например, взгляд на включение в диету при железодефицитной анемии сои и бобовых у разных авторов может быть диаметрально противоположным. К тому же часто гипохромная анемия сочетается с неудовлетворительным состоянием слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, что

затрудняет происходящую в энтероцитах трансформацию железа в удобную для всасывания форму и нивелирует богатство железа в употребляемых продуктах.

Применение препаратов железа — наиболее адекватный способ коррекции дефицита железа у девочек-подростков с гиперполименореей. Вместе с тем при применении пероральных препаратов железа часто отмечают локальное раздражение как слизистой оболочки желудка, где происходит первый длительный контакт препарата с желудочно-кишечным трактом, так и слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, где он всасывается. Это определяет частые жалобы на боль в желудке, тошноту и нарушения дефекации (диарея или запор). Наличие широкой распространенности дисфункций органов пищеварения у девочек-подростков заставляет искать препарат железа, который не обладает этой нежелательной лекарственной реакцией (НЛР). Немаловажен факт, что препараты железа способны вызывать окрашивание зубов в черный цвет. Установлено, что 30–35% и более детей и беременных женщин прекращают прием назначенных врачом препаратов железа из-за этих проявлений, что влияет на развитие проявлений железодефицитной анемии и обуславливает дальнейшее ее развитие.

Учитывая вышеизложенное, препарат железа должен иметь минимальную выраженность НЛР, иметь простую схему применения, а также оптимальное соотношение цены и качества. Только это обеспечит комплаентность в отношении его приема, ведь общая длительность лечения достаточно продолжительна — иногда до 4–6 месяцев.

Вывод. Таким образом, использование предложенного комплексного подхода к терапии железодефицитной анемии у девочек-подростков с нарушением менструальной функции позволяет быстро купировать симптомы железодефицитной анемии и грамотно выстроить профилактику этого заболевания у взрослых женщин, что улучшит качество жизни, физическое и репродуктивное здоровье и, в конечном итоге, повлияет на здоровье грядущих поколений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Атохонов Азизбек Абдусоломович

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение кариеса зубов и его осложнений является сложной психологической и практической задачей как для ребенка и его родителей, так и для врачей-стоматологов. Поэтому наиболее важно и целесообразно выявление кариозных поражений на ранних стадиях, при лечении которых используются нехирургические методы (интерцептивное лечение). Ранняя диагностика процесса деминерализации эмали позволяет применить методы, способствующие реминерализации. Важным преимуществом применения лекарственных средств, содержащих CPP-ACP (MI Paste Plus, Tooth Mousse, жевательная резинка Trident White), является безопасность при их проглатывании.

Однако клиницистам следует помнить о возможных побочных эффектах, которые могут вызвать соединения казеина у лиц с аллергией на белок молока. Особенно важно своевременно приостановить развитие кариозных поражений у детей с высоким риском возникновения кариеса.

Цель исследования. Оценить эффективность проведения интерцептивного лечения кариозных поражений без образования полости у детей раннего возраста с высоким риском развития кариеса.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проведено лечение 110 детей в возрасте от 12 до 36 месяцев (средний возраст – 20,2 (5,08) месяца). Оценку интенсивности кариозного процесса проводили по индексу к 1-4 пуз. Гигиену полости рта оценивали с помощью индекса оценки зубного налета у детей раннего возраста, разработанного Э.М. Кузьминой (2000).

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов проводилась с использованием программ Excel, STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. Терапевтическая герметизация была проведена у детей группы 1 в 28 молярах с начальным кариесом (меловидные фиссуры) и в 48 зубах с пигментированными фиссурами. Сравнение эффективности герметизации проводили с 41 зубом у 22 пациентов из группы 3, которым проводили ежедневные аппликации кальций-фосфатсодержащего геля (16 моляров с меловидными фиссурами и 25 зубов с пигментированными фиссурами). Через 1 год после проведенной герметизации меловидных фиссур силант сохранился в 16 (57,1±18,71%) зубах. Средний срок сохранности герметика составил 13,4±5,45 месяца, Me=12,0 [10,0/15,0]. Без изменения остались фиссуры в 5 зубах, в них силант сохранялся 4–10 месяцев. Реминерализация эмали произошла в 7 (25,0±16,36%) зубах. В зубах с утратой герметика проводили регерметизацию. Через 2 года силант сохранился также в 16 зубах, средний срок сохранности материала – 10,7±4,87 месяца. В 9 (32,1±17,74%) зубов произошла реминерализация эмали в области фиссур, а в трех (10,7±11,68%) зубах развился кариозный процесс: в одном – в пределах эмали и в двух – с вовлечением дентина. Через 3 года сохранность герметика наблюдалась в 9 (32,1±17,74%) зубов, интактные фиссуры были в 14 (50,0±18,90%) молярах, в 5 (17,9±14,49%) зубах диагностирован кариес. Таким образом, 82,1±14,49% зубов с начальным кариесом после проведения терапевтической герметизации были здоровы. В группе 3 через 1 год в зубах с меловидными фиссурами в 8 (50,0±25,00%) случаях произошла реминерализация, и в таком же количестве зубов развился кариозный процесс. Через 2 и 3 года 7 (43,8±24,8%) зубов оставались здоровыми, а в 9 (56,2±24,8%) – развился кариес, что было статистически значимо выше, чем в группе 1 (p<0,05). Эффективность терапевтической герметизации фиссур с начальным кариесом по сравнению с ежедневными аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля составила через 3 года 68,1%. Шанс развития кариеса в зубах с меловидными фиссурами после инвазивной герметизации стеклоиономерным цементом составляет 0,39, а после аппликаций кальций-фосфатсодержащего геля – 1,40. Отношение шансов составило 3,58 (95% ДИ 0,90–14,26) При базовом обследовании у детей с высоким риском развития кариеса значимую долю в структуре индекса к 1-4 пуз занимали кариозные поражения без образования дефекта твердых тканей: в группе 1 – 2,53, в группе 2 – 2,44, в группе 3 – 2,40. Как было указано выше, проведение лечебных и профилактических мероприятий привело к реминерализации значительной доли начальных кариозных поражений и стабилизации пигментированных поражений эмали. В результате показатель к 1-4 пуз в группах 1 и 2 снизился по сравнению с исходными данными на 0,65 и на 1,15 соответственно, в

группе 3 повысился на 0,29. Однако среднее значение показателя в группах значимо не отличалось ($p_{1-2}=0,92$; $p_{1-3}=0,13$; $p_{2-3}=0,12$).

Заключение. Таким образом, проведение терапевтической герметизации фиссур моляров с начальными кариозными поражениями снижает риск их прогрессирования по сравнению с аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля в 3,6 раза, пигментированных фиссур – в 19,95 раза. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина позволяет повысить эффективность реминерализации начальных кариозных поражений на гладких поверхностях на 35,2%. Детям с высоким риском возникновения кариеса и активным течением кариозного процесса наряду с устранением общих факторов риска, применением фторидов и кальций-фосфатсодержащего геля необходимо проведение терапевтической герметизации меловидных и пигментированных фиссур моляров и аппликации 0,05% раствора хлоргексидина.

INFLUENCE OF HARDENING ON ACUTE MORBIDITY OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

*Akhmedjanova G.S., Arzibekov A.G.
Andijan state medical institute*

Relevance: The development and implementation of an individual complex of health-improving preschoolers during a visit to educational institutions (DOE) is one of the important areas of work of the district pediatrician.

The purpose of the study: To study the effect of a set of hardening measures on the acute incidence of children of preschool age.

Materials and research methods: In July-August 2019, among parents of children attending preschool for more than 1 year, a questionnaire was conducted on the issues of adherence to tempering activities for children.

Research results: According to the results of the survey, two groups of patients aged 3 to 6 years were identified. The main group consisted of children whose parents agreed to conduct a hardening complex and completed it in full - 61 people.

The control group was children whose parents refused to conduct hardening for their children - 75 people. An individual set of tempering measures was developed for each patient of the first group, including a combination of air baths and water procedures, carried out throughout the entire observed period. The frequency of acute respiratory diseases (ARI), the duration of the disease, and the frequency of the severe course of the disease were assessed a year later in September 2019.

The frequency of acute respiratory infections in children of the main group averaged 6 cases per year (from 3 to 8). A severe, complicated course of acute respiratory infections in children of this group has not been recorded. In the control group, the frequency of ARI averaged 9.5 cases per year (from 4 to 12). Eleven people (15%) experienced complications in the form of layering of a bacterial infection. The duration of the course of the disease averaged 8 days (from 5 to 10) in the main group and 12 days (from 7 to 14) in the control group, respectively.

Conclusion: Effective cooperation with parents, along with a correctly selected set of tempering measures, is effective methods of preventing acute respiratory infections in children.

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНО-ЭНДОКРИННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Ахмедов А.Т., Наврузова Ш. И.
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

Актуальность: Врожденные пороки сердца – одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей.

Цель исследования: изучение состояния иммунитета и показателей тирео-кортикального статуса при врожденных пороках сердца у детей.

Материалы и методы: обследованию подвержены 60 больных детей с врожденными пороками сердца. Всем больным проведены клинико- иммунологические, биохимические, лабораторные и функциональные исследования. Изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета, цитокиновый (ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО- α), тиреоидный (Т3, Т4, ТТГ) и кортикоидный статус (кортизол).

Результаты исследования: При дефекте межжелудочковой перегородки и дефекте межпредсердной перегородки отмечается Т-хелперный дефицит, повышение уровня Т-киллеров, CD23+-клеток и IgA ($P<0,05$). При транспозиции магистральных сосудов - глубокий дефицит Т-хелперов, повышение супрессорной и киллерной активности. Также повышены уровни клеток пролиферативной активности (CD23 и CD95, ЦИК). При тетраде Фалло-дефицит Т-лимфоцитов/хелперов, повышение ФНО- α , повышение IgM и А; В послеоперационном в течение первых 6 месяцев периоде: при дефекте межпредсердной перегородке наблюдается повышение индекса иммунорегуляции (CD4/CD8); при дефекте межжелудочковой перегородке -повышение относительного содержания NK-клеток в 2,4 раза($P<0,01$) и 4-кратное повышение титра ИЛ-10 и ФНО- α ; при транспозиции магистральных сосудов и тетраде Фалло- дефицит уровня Т-лимфоцитов с повышением супрессорной (CD8) и, особенно, киллерной (CD16) активности. Уровень клеток с молекулой апоптоза (CD95) и ИЛ-8 повышен. Отмечается снижение синтеза IgA при всех видах врожденных пороках сердца. Цитокиновый статус показал 4-кратное повышение титра ИЛ-10 и ФНО- α при дефекте межжелудочковой перегородки. Результаты тимико-кортикального статуса в до операционном периоде показали: при дефекте межпредсердной перегородке - снижение уровня общего и свободного Т3, повышение свободного Т4; при дефекте межжелудочковой перегородки -снижение общего Т3, а также общего и свободного Т4; при тетраде Фалло - снижение общего Т3, повышение свободного Т4; при транспозиции магистральных сосудов - снижение как общего, так и свободного Т3 и кортизола. В послеоперационном периоде при всех видах врожденных пороках сердца наблюдается снижение как общего так и свободного Т3 и Т4- (вторичный гипотиреоз), а для транспозиции магистральных сосудов характерен еще и транзиторный гипокортицизм.

Заключение:

1. Состояние регуляции иммунитета у детей при врожденных пороках сердца характеризуется активацией В-клеточного звена на фоне дисбаланса в популяции Т-лимфоцитов.
2. У детей при врожденными пороками сердца как до операционный, так и после операционный период течение врожденных пороков сердца сопровождается дисфункцией щитовидной и вилочковой, а также гипофункцией надпочечниковых желез: наблюдается вторичный гипотиреоз, а для транспозиции магистральных сосудов характерен транзиторный гипокортицизм.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОФАЗНОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА
У ЖЕНЩИН С СКЛЕРОПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКА**

*Ахмедова Н.М., Асранкулова Д.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Синдром склерополикистоз яичника – проявлением гиперандрогенемии с сочетанием с хроническом ановуляции из за нарушения механизма обратной связи гипоталамо - гипофизарного синдрома.

Цель нашего исследования. Оценка лечебной эффективности препарата «Белара» при склерополикистозе яичника с нарушением менструального цикла.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 35 женщин в возрасте 17 до 35 лет, которые в течение 6 месяца получали препарат «Белара» в циклическом режиме по общепринятой схеме, является монофазным оральным контрацептивом и состоит из хлормадион ацетат – 2мг и этинилэстрадиол -0,03мг. Через 6 мес. мы оценивали наличие регуляции менструального цикла, проводили динамическое измерение объема яичников с помощью УЗИ малого таза.

Результаты и обсуждение. Проведённый анализ показал, что из наблюдаемых пациенток 7 (2,0%) предъявили жалобы на головную боль, которые они связывали с приёмом гормональных контрацептивов. У 6 (1,8%) пациенток было отмечено снижение либидо, депрессивном состоянии были только у 5(1,4%) пациенток в течение первых 3 мес.приемами препарата. Все эти женщины принимали КОК впервые, были информированы врачом о возможном осложнении и продолжили приём, через 6 мес. терапии было отмечено достоверное уменьшение объема яичников. Проведённый индивидуальный анализ показал, что положительная динамика объема яичников была у 28 (80%) пациенток, у 7 (2,0%)- состояние яичников было без изменений.

Выводы. Полученные нами результаты показало что, препарат «Белара» восстанавливает фертильную функцию

**ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО И КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У
ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

*Ахмедова Н.М., Асранкулова Д.Б., Камилджанова Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. У больных с ВЗПМ отмечается нарушение структурно-функционального состояния тромбоцитов, активация в них процессов ПОЛ, что является одной из причин нарушения тромбоцитарно - коагуляционного звена системы гемостаза.

Цель исследования. Оценить состояние сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза у больных с ВЗПМ.

Методы исследования. В зависимости от способа проведенного лечения все пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 пациенток, получивших комплексную терапию ВЗПМ с применением Лонгидаза. Во вторую группу вошли 32 женщины, которым проводилась традиционная терапия.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что нарушения в сосудисто-тромбоцитарном звене системы гемостаза у больных с ВЗПМ проявляется в достоверном снижении количества тромбоцитов в венозной крови по сравнению со здоровыми женщинами ($P<0,05$). Традиционная терапия приводит к повышению количества тромбоцитов до $198,0\pm4,7\cdot10^9/л$.

Напротив, традиционная терапия с включением Лидазы увеличивает активные формы тромбоцитов до $33,6\pm1,1\%$ ($P<0,05$). Сходная динамика отмечается и относительно числа тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты. Традиционная терапия сопровождается повышением гемостатической активности тромбоцитов и естественно повреждением сосудистой стенки (фактор Виллебранда). Последнее выражается в повышении адгезивных свойств тромбоцитов (ГАТ второе разведение $8,9\pm0,27$ сек против $10,4\pm0,33$ сек) и агрегационной (ГАТ шестое разведение $20,2\pm0,73$ сек против $28,0\pm0,81$ сек). Иную динамику в указанных показателях мы наблюдаем в группе с комплексным лечением с включением в арсенал ферментного препарата Лонгидазы. При этом изучаемые показатели приближаются к исходным величинам контрольной группы.

Активизируя полученные результаты исследования у больных ВЗПМ можно предположить, что выраженные изменения тромбоцитарного гемостаза обусловлены нарушением фосфолипидного состава клеточных мембран.

Результаты исследования коагуляционного звена системы на фоне терапии свидетельствуют, что проводимая комплексная терапия приводит к удлинению во времени показателей АВР, АЧТВ, снижения концентрации фибриногена ($P<0,05$). На 12 сутки исследования отмечается повышение фибринолитической активности в среднем в 1,45 раза. Антикоагуляционный показатель (антитромбин III) повышается и приближается к контрольным величинам.

Таким образом, проводимая комплексная терапия с включением лонгидазы, привело к достоверному снижению гиперагрегации тромбоцитов, к сдвигу параметров коагуляции до нормы или умеренной гипокоагуляции. В группе с традиционным лечением эти изменения были не достаточно достоверными, а некоторые параметры так же оставались на

своих исходных величинах, видимо, это связано с тем, что лонгидаза обладает антикоагулянтным действием (фибринолитическим).

УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Н-ФИСТУЛЫ У ДЕВОЧЕК

Ахпаров Н.Н., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б.

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы

Актуальность. Аноректальные мальформации (аноректальные пороки развития) один из пороков развития наиболее часто встречающихся в практике детского хирурга. По данным различных статистических источников частота аноректальных мальформаций колеблется 1:2500 новорожденных детей в странах Латинской Америки (Чили) до 1:8700 в Люксембурге. А.И. Лёнюшкин приводит цифры от 1:500 до 1:5000 новорожденных детей. Н-фистула согласно общепринятой международной классификации г.Крикенбек от 2005 г является редкой формой аноректального порока развития у детей. Данный порок встречается чаще в Азиатских странах. Существуют различные методики хирургической коррекции данного порока, однако высокая частота рецидива свища а также послеоперационные осложнения не оставляют сомнения в актуальности данной проблемы на сегодняшний день.

Цель: изучить результаты хирургического лечения Н-фистулы у девочек.

Материалы и методы исследования: За период с 1994 по 2019 год в отделении хирургии Научном центре педиатрии и детской хирургии оперировано 78(100%) детей с данной патологией. Возраст оперированных больных колебался от 3 до 8 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, рентгенологического, эндоскопического и гистологического исследований. Из 78 пациентов ректовагинальный свищ диагностирован у 3 (4%), а ректovesибулярный – у 75 (96%) девочек.

Цилиндрическая форма свищевого хода выявлена – у 29(37%), конусовидная – 49(63%) девочек. По локализации ректovesибулярного свища отверстие в преддверие влагалища слева было у 31(40%), справа – у 32(41%) и в центре у 15(19%) пациентов. Сочетанная патология была обнаружена у 18(23%) из 74(100%) пациентов. Все 78 пациентов подверглись хирургической коррекции Н-фистулы. Инвагинационная экстирпация свища произведена у 8(10%) детей, из них: 1 ребенку с ректовагинальным и 7 с ректovesибулярным свищем. 41(53%) детям с врожденным пороком развития аноректальной зоны Н-фистула произведена - передняя аноректопластика по методике Научного центра педиатрии и детской хирургии. 7(9%) проведена оперативная коррекция методом рассечения свища по зонду, с формированием единой полости. 22(31%) пациентам коррекция порока проводилась методом Трансанального устранения ректovesибулярного свища по предложенной нами методике.

Результаты исследования: Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 71(91%) пациентов. У 8-ми детей, которым произведена инвагинационная экстирпация свища по Ленюшкину отмечался рецидив у 6 из них, у 1 больного свищ закрылся вторичным заживлением раны. 5 детей с рецидивами оперировались повторно (произведена аноректопластика по методике нашего центра) с удовлетворительным результатом. 7 больным с рецидивом свища, которые были оперированы в других стационарах применена операция рассечение по зонду с удовлетворительным результатом. У 41 девочек, которым произведена передняя аноректопластика в 2-х случаях отмечалось осложнения в виде расхождения швов, эти детям сразу была наложена терминальная колостома (отмечалось заживления вторичным натяжением), у 1 пациента на 7-е сутки было осложнение в виде кровотечения из операционной раны. Оперирован повторно с положительным результатом. Из 22 пациентов оперированных методикой Трансанального устранения ректovesибулярного свища у 2 отмечался рецидив свища, у 1 ребенка самостоятельно закрылся после консервативного лечения через 23 дня, а второй ребенок повторно оперирован трансанальным методом коррекции с удовлетворительным результатом. 20 оставшихся пациентов оперированных по методике трансанального устранения выписаны домой на 8-10 сутки с хорошим косметическим и функциональным результатом.

Каломазание отмечено у 4-х детей и 6 детей страдали запорами, которые регулируются слабительными препаратами. Дети с каломазанием – это те пациенты, которые подверглись повторным операциям. У одного ребенка оперированного методом Трансанального устранения отмечалось каломазание, которое прошло через 2 месяца.

Выводы. Таким образом, наши результаты лечения свидетельствуют о том, что при Н-фистуле Трансанальная методика устранения порока, предложенная нами является эффективной коррекцией данного порока, а при рецидивах свища альтернативный методом выбора является рассечение свища по зонду.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН

Ашурова Г.З., Собитов И.З.

ТашПМИ

Актуальность: Катетеризация центральных вен является одним из необходимых мероприятий интенсивной терапии критических состояний. Как правило, эту операцию врачи делают на основании знаний о нормальной анатомии, руководствуясь наружными ориентирами (ключица, грудино-ключично-сосцевидная мышца, яремная вырезка и т.д.). Однако существует множество факторов, затрудняющих налаживание сосудистого доступа у больных, находящихся в тяжелом состоянии: особенности телосложения, гиповолемия, шок, врожденные деформации и аномалии развития. В связи с этим вероятность таких тяжелых ятрогенных осложнений, встречающихся при катетеризации центральных вен, как пневмоторакс, гемоторакс, лимфоторакс и их сочетаний, остается достаточно высокой даже при проведении процедуры опытными специалистами. По данным ряда зарубежных авторов, механические осложнения при катетеризации центральных вен встречаются в 5-19% случаев.

Цель исследования: Снижения частоты осложнений во время катетеризации центральных вен у детей.

Материал и методы: По данным зарубежных литератур катетеризация под УЗИ проводилась у детей в возрасте от 1 мес до 14 лет с массой тела от 2,6 до 62 кг. Для исследования использовались ультразвуковые сканеры с возможностью цветового доплеровского картирования, микроконвексный датчик с изменяемой частотой от 4 до 9 МГц. УЗИ сосудов выполнялось непосредственно перед пункцией центральных вен, разметка на коже наносилась до стерилизации операционного поля. УЗИ проводилось в двух взаимно перпендикулярных плоскостях в поперечном и сагиттальном (продольном) сечении между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы при исследовании внутренней яремной вены и в паховой складке при исследовании бедренной вены. С помощью предварительного УЗИ определяли глубину расположения вены от поверхности кожи, непосредственно ход венозного ствола, диаметр вены, диаметр артерии, взаимное расположение вены и артерии, степень сокращения (спадения) внутренней яремной вены на вдохе при наличии гиповолемического состояния. У детей раннего возраста УЗИ и катетеризация вены осуществлялись под общей анестезией (ингаляционный или внутривенный), у более старших детей - под местной анестезией, при необходимости проводилась седация. Катетеризация центральных вен выполнялась по методике Сельдингера и пункция сосуда проводится под ультразвуковым наведением в режиме реального времени. Стерильность датчика в области операционного поля поддерживается путем одевания на датчик стерильных одноразовых "рукавов" или как альтернативный и более дешевый вариант использования стерильной перчатки.

Результаты: Ультразвуковое сканирование позволило выявить различные аномалии размеров и расположения сосудов шеи, при наличии которых успешные пункция и катетеризация внутренней яремной вены практически были невозможными.

Выводы: Введение ультразвукового сканирования в протокол катетеризации центральных вен позволило снизить количество неудачных пункций на 75%.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

*Ахпаров Н.Н., Хаиров К.Э., Калабаева М.М.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы*

Актуальность. Киста общего желчного протока представляет собой кистозное и веретенообразное расширение наружных желчных протоков, которое может приводить к нарушению функции печени и биллиарному циррозу в детском возрасте и злокачественной дегенерации печени и желчных протоков во взрослой жизни.

Заболеваемость кистами общего желчного протока у детей составляет в среднем 1 случай на 10-15 тысяч новорожденных. В странах Азии это заболевание регистрируется значительно чаще. Удаление кисты и формирование анастомоза общего желчного протока с тощей кишкой на отводящей петле по Ру или гепатикоеюностомии, выполненные через подреберный доступ, являются стандартными процедурами для лечения пациентов с кистой общего желчного протока.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения кистозной трансформации холедоха у детей.

Материалы и методы исследования. В Научном центре педиатрии и детской хирургии с 1998 по 2019гг. в отделении хирургии находилось на лечении 112 детей с диагнозом «Врожденная кистозная трансформация общего желчного протока», в возрасте 1 месяца до 15 лет. Из них девочек – 77(69%), мальчиков – 35 (31%). Среди клинических проявлений заболевания основными жалобами были – легкая преходящая желтуха у 61(54,5%) детей; боли в животе особенно в правом подреберье отмечались у 68(61%) детей; пальпаторно определялось опухолевидное образование в животе у 26(23,2%) детей (преимущественно у детей старшего возраста); 36 (32%) детей лечились у гастроэнтеролога и педиатра с проявлениями панкреатита и холангита; 27(24%) детей лечились в инфекционной больнице с диагнозом «Вирусный гепатит». Упорной желтухой проявлялось особенно у 12(11%) детей грудного возраста. Наиболее информативными и достоверными методами диагностики считаем ультрасонографию, магнитно-резонансную томографию с контрастированием, компьютерную томографию и реже контрастное обследование желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования. Все 112 детей оперированы. Наружное дренирование кисты с целью декомпрессии было проведено у 1-го (0,9%) ребенка в возрасте 2 месяца с выраженной клиникой холангита. Через 5 месяцев произведено экстирпация кисты холедоха и наложение гепатикоеюноанастомоза по Ру в сочетании подвешной еюностомии. Цистозентеростомия без экстирпации кисты проведены двум (1,8%) больным. В послеоперационном периоде у одного ребенка отмечалось расхождение швов анастомоза с развитием желчного перитонита. Ребенок повторно оперирован – произведена экстирпация кисты холедоха с наложением гепатикоеюноанастомоза по Ру. Второй ребенок повторно оперирован через 3 года с явлением калькулезного холангита с наложением гепатикоеюноанастомоза по Ру. 106 (94,6%) детям проведено полное иссечение кисты холедоха с удалением желчного пузыря и наложением обходного гепатикоеюноанастомоза по Ру, у 12(11,3%) больных в сочетании с подвешной энтеростомией. 31 (27,7%) больным из 106 детей при больших кистах холедоха чтобы уменьшить опасность повреждения сосудов печени, мы использовали методику демукозации слизистой кисты холедоха путем слепой препарковки и наложением У-образной гепатикоеюностомии. Шесть больных (5,4%) с наличием кистозной аномалии первичных ветвей внутрипеченочного биллиарного дерева, общий печеночный проток пересечен в воротах печени и наложением портоэнтеростомии по Ру. Отдаленные результаты изучены у 89 (79,5%) оперированных детей через 6-12 месяцев после операции. Производили инструментальные и функциональные исследования. Оперированные дети развиваются хорошо. Из изученных в катамнезе 89 пациентов только у одного встретили стеноз гепатикоеюноанастомоза с формированием желчекаменного холангита внутрипеченочных ходов, произведена реконструкция гепатикоеюностомии. Остальные 88 больные развиваются удовлетворительно.

Выводы. Таким образом, наш опыт и публикации ряда других авторов свидетельствует о том, что единственным радикальным лечением можно считать иссечение кисты холедоха с наложением гепатикоеюностомии по Ру. При больших

кистах холедоха чтобы уменьшить опасность повреждения сосудов печени методом выбора является демукозация слизистой кисты и наложением гепатикоеюностомии по Ру.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

*Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Оразалинов А.Ж., Ойнарбаева Э.А.
Научный центр педиатрии детской хирургии МЗ РК, г. Алматы*

В общей структуре осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей составляют пилородуоденальные стенозы представляя одну из важных медицинских и социальных проблем современного общества, что связано с редкой встречаемостью, особенностями клинического течения, высокого риска ранней манифестации и инвалидизации, снижающей качество жизни детского населения.

Цель. Оценить эффективность хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материалы и методы. В отделение хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) за период с 2000 по 2019гг. поступили 9 детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с декомпенсированным язвенным рубцовым стенозом пилородуоденальной зоны. Возраст детей варьировал от 8 до 14 лет. Клинические проявления полиморфны, так с жалобами на боли в гепатобиларной зоне обратились 7 (78%) детей; рвота и дисфагия отмечались у всех, вздутие верхней половины живота у 6 (67%). Отставание в физическом развитии и дефицит массы тела, являющийся результатом нарушений алиментарного характера, имелись у всех детей, так гипотрофия I степени – 3 (34%) детей, II степени – у 5 (56%). У 1 (11%) пациента выявлены вторичные изменения со стороны эндокринной системы, у 2 (22%) клинические проявления сопряжены неврологической симптоматикой.

По данным нейросонографии у всех пациентов визуализировалось турбулентность потоков жидкости в полости желудка, выраженное утолщение стенок пилородуоденальной зоны и желудка с отеком слизистой. У 7 (78%) выявлены диффузные изменения печени, у 4 (44%) дополнительно утолщение стенок холедоха, свидетельствующие о вторичных изменениях со стороны гепатобилиарной системы. Эндоскопически повреждения слизистой желудка в виде отека и гиперемии визуализировалось у всех детей, с язвенно-рубцовой деформацией, инфильтрацией окружающих тканей и декомпенсированным стенозом просвета на уровне пилородуоденальной зоны отмечено у 5 (56%), на уровне луковицы двенадцатиперстной кишки у 4 (44%). Рентгенологически у всех пациентов выявлен гастроптоз с задержкой эвакуации контрастного раствора в желудке до 24 часов в разной степени выраженности. Компьютерная томография органов брюшной полости выполнена 6 (67%) пациентов, образований со стороны органов брюшной полости, сдавливающие просвет желудка и двенадцатиперстной кишки извне не выявлено. На основании проведенного комплексно-диагностического обследования, подтверждающие прогрессивное нарушение эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки были выставлены показания к операции.

Результаты. Все дети оперированы. Возможность выполнения оперативного способа определялась не только состоянием больного, но и анатомическими изменениями в области пилородуоденального отдела. Преимущественно в 8 (89%) случаях был применен способ резекции желудка по Бильрот II с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования, погружением культи двенадцатиперстной кишки и воссозданием непрерывности пищеварительной трубки путем наложения У-образного анастомоза по Ру. У 1 (11%) выполнена яорганосохраняющая операция путем наложения поперечного дуоденoduоденоанастомоза, локальным иссечением рубцово-язвенной зоны с сохранением пилорического сфинктера и дуоденопластикой.

Отдаленные результаты изучены у всех 9 пациентов проведением дополнительных инструментальных и функциональных методов исследования, результаты удовлетворительные.

Вывод. Наш небольшой опыт хирургического лечения осложненных декомпенсированных форм язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей свидетельствует о том, что своевременная верификация диагноза и применение патогенетически обоснованного лечения, включая ранее хирургическое вмешательство предотвращает развития серьезных осложнений и операцией выбора считаем резекцию по способу Бильрот II с созданием желудочно-кишечного анастомоза.

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

*Ахпаров Н.Н., Калабаева М.М., Каукенбаева Г.Т.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы*

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга остается одним из наиболее тяжелых врожденных пороков развития органов брюшной полости у детей, требующих выполнения сложных реконструктивных хирургических вмешательств. Основная клиническая форма этого заболевания манифестирует упорными запорами, однако широкая распространённость последних до настоящего времени обуславливает актуальность своевременной диагностики и лечения различных форм кишечного аганглиоза.

Частота болезни Гиршпрунга варьирует от 1 к 4400 до 1 к 7000 живорожденных. Соотношение пациентов мальчиков и девочек с классической болезнью Гиршпрунга, как правило составляет 4:1 в пользу мальчиков.

Предложены диагностические методы с применением иммуногистохимического исследования (ИГХ) и множество модификации оперативного вмешательства, проанализированы осложнения каждого из способов хирургического лечения, но не исчерпываются все проблемы, связанное с данной патологией.

Цель: Оценить эффективность диагностики и хирургической коррекции болезни Гиршпрунга у детей.

Материалы и методы исследования. В Научном центре педиатрии и детской хирургии за период с 1997 по 2019г. было прооперировано 308 детей в возрасте от 24 дней до 15 лет. Мальчиков было 231(75%), девочек-77(25%). Ректальная форма выявлена у 9(2,9%), ректосигмоидная – у 252(81,8%), субтотальная-30(9,7%), тотальная-17(5,5%), из них с вовлечением терминального отдела подвздошной кишки-6 детей.

Основными жалобами клинических проявления заболевания были запоры, метеоризм, плохая прибавка в весе. Базовые методы диагностики включают ирригоскопия с ирригацией, ультразвуковое исследование, гистопатологическое исследование биопсийного материала с иммуногистохимией кальретинином, применяемое с 2019года в нашем центре.

Сочетанные патологии с болезнью Гиршпрунга были диагностированы у 46 детей. Синдром Дауна-у 9(2,9%), врожденные пороки сердца- у 8(2,5%), нейробластома- у 2(0,6%), аномалии позвонков – у 8 (2,5%), паховая грыжа – у 18(5,8%), детский церебральный паралич- у 1(0,32%) ребенка.

Результаты исследования. Все дети оперированы. Брюшно-промежностная проктопластика по Duhamel произведена у 6(1,9%) больных, брюшно-промежностная проктопластика по Soave – у 38(12,3%), брюшно-промежностная проктопластика по Soave-Boley- у 58(18,8%), брюшно-промежностная проктопластика по Soave в модификации НЦПДХ – у 64(20,7%), трансанальная эндоректальная проктопластика по De La Torre-Mandragon- у 120(38,9%), операция Georgeson K.- у 13(4,2%) детей, трансанальная проктопластика по Swenson-9 (2,9%).

Иммуногистохимическое исследование с антителами к кальретинин проводилось 35(11,3%) пациентам с внедрением этого метода с 2019г. У 31(88,5%) отсутствует экспрессия этого белка, что явилось подтверждением диагноза.

Отдаленные результаты изучены у 296 детей через 6-12 месяцев и 2 года после операции. Осложнения в виде послеоперационного энкопреза наблюдались после брюшно-промежностной проктопластики по Soave – у 27(71%) пациентов, по Soave-Boley- у 27(46,5%), по Soave в модификации НЦПДХ – у 16(25%) и после трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre-Mandragon-20(16,6%). Рецидив запора наблюдался после брюшно-промежностной проктопластики по Soave – у 3(7,8%), по Soave-Boley – у 2(3,4%), по Soave в модификации – у 3(4,6%), у 3(2,5%) после трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre-Mandragon. Постоперационный Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит отмечался после брюшно-промежностной проктопластики по Soave – у 5(13%) пациентов, по Soave-Boley- у 7(12%), по Soave в модификации – у 7(10,9%) и после трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre-Mandragon- у 7(5,8%). Умерло 4(1,2%) детей.

Выводы. Таким образом, применение иммуногистохимического исследования кальретинином является высокочувствительным диагностическим средством при болезни Гиршпрунга и наши результаты хирургического лечения свидетельствуют о том, что ранняя диагностика и ранняя хирургическая коррекция способствует быстрому восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта, а методом выбора является трансанальная эндоректальная проктопластика, которая зарекомендовала себя, как эффективный и щадящий метод хирургической коррекции при данной патологии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЕЙ

*Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Аширбай К.С., Ибрагимов У.И.
АО «Научный центр педиатрии детской хирургии», г. Алматы*

Актуальность. Тяжелое хроническое течение гастроэзофагеального рефлюкса у детей с патологией нервной системы носит многофакторный характер что связано с длительным горизонтальным положением, нарушением глотания, задержкой эвакуации пищи из желудка, запорами, нарушением мышечного тонуса и побочными эффектами используемых препаратов в целом. Кроме того, тяжесть рефлюкса может быть связана с отсутствием защитных антирефлюксных механизмов, которые предрасполагают к рецидивирующей респираторной инфекции, способствуют развитию осложнений (рефлюкс-эзофагит, пептическая стриктура, эрозия и кровотечение, пищевод Барретта) и представляют серьезную угрозу для пациента, а иногда являясь одной из причин смерти.

Цель. Совершенствовать методы диагностики и результаты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей с неврологией.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2019гг. на базе отделения хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) на лечении находилось 39 детей с гастроэзофагеальным рефлюксом в структуре патологии центральной нервной системы. Возраст детей варьировался от 2 месяцев до 12 лет. Профиль пациента был представлен 14 (36%) детьми с родовой травмой, 25 (64%) детьми с церебральным параличом, из них 22 (56%) в сочетании с бульбарными и псевдобульбарными нарушениями и 12 (31%) детьми с нейрогенной дисфункцией пищевода.

Всем пациентам применен диагностический комплекс. Эндоскопическая картина тяжести эзофагита оценивалась по классификации Savary-Miller, так эзофагит соответственно II ст выявлен у 11 (28%) детей; IIIст- у 6 (15%), IVст - у 3 (8%). При суточном pH мониторинге определено, преимущественно, кислый рефлюкс у 19 (49%) детей, комбинированный кисло-щелочной – у 6 (58%). Наиболее выраженная экспозиция кислым рефлюксом отмечалась в ночное время. Ультразвуковым исследованием обнаруживалось утолщение стенок дистальных отделов пищевода, ее деформация, просвет пищевода зиял даже вне кормления ребенка. Во всех 100% случаев было установлено маятникообразное перемещение содержимого из полости желудка в пищевод. При патологии пищевода и желудка у неврологических детей обязывало комплексно исследовать и желудочно-дуоденальный переход. Так, установлены различные дисфункции моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, одним из признаков которого явились увеличение размеров желудка у 18 (46%) детей, вследствие функционального пилороспазма. Рентгенологическая картина вторичного мегаэзофагума диагностирована у 29 (74%) детей. В положении Тренделенбурга определило рефлюкс-заброс Iст у 5 (13%) детей, IIст - у 16 (41%), и в 18(46%) случаях - IIIст. Эвакуация из желудка была замедлена в 18 (46%) больных в разной степени выраженности.

Результаты. Оперировано 36 (92%) детей. Всем пациентам была выполнена эзофагофундопликация Ниссена, из которых у 29 (74%) детей она сочеталась с гастростомией Штамма и у 18 (46%) с пилоропластикой Микулича.

В раннем периоде после операции у 2 (6%) детей, не перенесших пилоропластику, возникло осложнение в виде желудочного стаза, для которого потребовалась дополнительная операция, дренирующая желудок. Рецидив гастроэзофагеальной рефлюксной болезни наблюдался у 1 (3%) пациента, которому была проведена повторная операция. У оставшихся 33 (92%) детей послеоперационный период был благоприятным. Их питание через гастростомическую трубку проводилось в соответствии с возрастными требованиями.

Вывод. В значительной степени выбор оперативной тактики можно адаптировать к состоянию конкретного ребенка, результатам объективных и инструментальных тестов на гастроэзофагеальный рефлюкс, псевдобульбарным расстройствам и связанным с ними пилорическим функциональным расстройствам. Своевременная коррекция рефлюксных расстройств у детей с патологиями центральной нервной системы помогает предотвратить развитие серьезных осложнений, которые неизбежно ухудшат качество жизни ребенка.

УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Н-ФИСТУЛЫ У ДЕВОЧЕК

Ахпаров Н.Н., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б.

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы

Актуальность. Аноректальные мальформации (аноректальные пороки развития) один из пороков развития наиболее часто встречающихся в практике детского хирурга. По данным различных статистических источников частота аноректальных мальформаций колеблется 1:2500 новорожденных детей в странах Латинской Америки (Чили) до 1:8700 в Люксембурге. А.И. Лёнюшкин приводит цифры от 1:500 до 1:5000 новорожденных детей. Н-фистула согласно общепринятой международной классификации г.Крикенбек от 2005 г является редкой формой аноректального порока развития у детей. Данный порок встречается чаще в Азиатских странах. Существуют различные методики хирургической коррекции данного порока, однако высокая частота рецидива свища а также послеоперационные осложнения не оставляют сомнения в актуальности данной проблемы на сегодняшний день.

Цель: изучить результаты хирургического лечения Н-фистулы у девочек.

Материалы и методы исследования: За период с 1994 по 2019 год в отделении хирургии Научном центре педиатрии и детской хирургии оперировано 78(100%) детей с данной патологией. Возраст оперированных больных колебался от 3 до 8 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, рентгенологического, эндоскопического и гистологического исследований. Из 78 пациентов ректовагинальный свищ диагностирован у 3 (4%), а ректовестибулярный – у 75 (96%) девочки.

Цилиндрическая форма свищевого хода выявлена – у 29(37%), конусовидная – 49(63%) девочек. По локализации ректовестибулярного свища отверстие в преддверие влагалища слева было у 31(40%), справа – у 32(41%) и в центре у 15(19%) пациентов. Сочетанная патология была обнаружена у 18(23%) из 74(100%) пациентов. Все 78 пациентов подверглись хирургической коррекции Н-фистулы. Инвагинационная экстирпация свища произведена у 8(10%) детей, из них: 1 ребенку с ректовагинальным и 7 с ректовестибулярным свищом. 41(53%) детям с врожденным пороком развития аноректальной зоны Н-фистула произведена - передняя аноректопластика по методике Научного центра педиатрии и детской хирургии. 7(9%) проведена оперативная коррекция методом рассечения свища по зонду, с формированием единой полости. 22(31%) пациентам коррекция порока проводилась методом Трансанального устранения ректовестибулярного свища по предложенной нами методике.

Результаты исследования: Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 71(91%) пациентов. У 8-ми детей, которым произведена инвагинационная экстирпация свища по Лёнюшкину отмечался рецидив у 6 из них, у 1 больного свищ закрылся вторичным заживлением раны. 5 детей с рецидивами оперировались повторно (произведена аноректопластика по методике нашего центра) с удовлетворительным результатом. 7 больным с рецидивом свища, которые были оперированы в других стационарах применена операция рассечение по зонду с удовлетворительным результатом. У 41 девочек, которым произведена передняя аноректопластика в 2-х случаях отмечалось осложнения в виде расхождения швов, эти детям сразу была наложена терминальная колостома (отмечалось заживления вторичным натяжением), у 1 пациента на 7-е сутки было осложнение в виде кровотечения из операционной раны. Оперирован повторно с положительным результатом. Из 22 пациентов оперированных методикой Трансанального устранения ректовестибулярного свища у 2 отмечался рецидив свища, у 1 ребенка самостоятельно закрылся после консервативного лечения через 23 дня, а второй ребенок повторно оперирован трансанальным методом коррекции с удовлетворительным результатом. 20 оставшихся пациентов оперированных по методике трансанального устранения выписаны домой на 8-10 сутки с хорошим косметическим и функциональным результатом.

Каломазание отмечено у 4-х детей и 6 детей страдали запорами, которые регулируются слабительными препаратами. Дети с каломазанием – это те пациенты, которые подверглись повторным операциям. У одного ребенка оперированного методом Трансанального устранения отмечалось каломазание, которое прошло через 2 месяца.

Выводы. Таким образом, наши результаты лечения свидетельствуют о том, что при Н-фистуле Трансанальная методика устранения порока, предложенная нами является эффективной коррекцией данного порока, а при рецидивах свища альтернативный метод выбора является рассечение свища по зонду.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

*Ахпаров Н.Н., Хаиров К.Э., Калабаева М.М.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы*

Актуальность. Киста общего желчного протока представляет собой кистозное и веретенообразное расширение наружных желчных протоков, которое может приводить к нарушению функции печени и билиарному циррозу в детском возрасте и злокачественной дегенерации печени и желчных протоков во взрослой жизни.

Заболеваемость кистами общего желчного протока у детей составляет в среднем 1 случай на 10-15 тысяч новорожденных. В странах Азии это заболевание регистрируется значительно чаще. Удаление кисты и формирование анастомоза общего желчного протока с тощей кишкой на отводящей петле по Ру или гепатикоеюностомия, выполненные через подреберный доступ, являются стандартными процедурами для лечения пациентов с кистой общего желчного протока.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения кистозной трансформации холедоха у детей.

Материалы и методы исследования. В Научном центре педиатрии и детской хирургии с 1998 по 2019гг. в отделении хирургии находилось на лечении 112 детей с диагнозом «Врожденная кистозная трансформация общего желчного протока», в возрасте 1 месяца до 15 лет. Из них девочек – 77(69%), мальчиков – 35 (31%). Среди клинических проявлений заболевания основными жалобами были – легкая проходящая желтуха у 61(54,5%) детей; боли в животе особенно в правом подреберье отмечались у 68(61%) детей; пальпаторно определялось опухолевидное образование в животе у 26(23,2%) детей (преимущественно у детей старшего возраста); 36 (32%) детей лечились у гастроэнтеролога и педиатра с проявлениями панкреатита и холангита; 27(24%) детей лечились в инфекционной больнице с диагнозом «Вирусный гепатит». Упорной желтухой проявлялось особенно у 12(11%) детей грудного возраста. Наиболее информативными и достоверными методами диагностики считаем ультрасонографию, магнитно-резонансную томографию с контрастированием, компьютерную томографию и реже контрастное обследование желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования. Все 112 детей оперированы. Наружное дренирование кисты с целью декомпрессии было проведено у 1-го (0,9%) ребенка в возрасте 2 месяца с выраженной клиникой холангита. Через 5 месяцев произведено экстирпация кисты холедоха и наложение гепатикоеюноанастомоза по Ру в сочетании подвешной еюностомии. Цистостомия без экстирпации кисты проведена двум (1,8%) больным. В послеоперационном периоде у одного ребенка отмечалось расхождение швов анастомоза с развитием желчного перитонита. Ребенок повторно оперирован – произведена экстирпация кисты холедоха с наложением гепатикоеюноанастомоза по Ру. Второй ребенок повторно оперирован через 3 года с явлением калькулезного холангита с наложением гепатикоеюноанастомоза по Ру. 106 (94,6%) детям проведено полное иссечение кисты холедоха с удалением желчного пузыря и наложением обходного гепатикоеюноанастомоза по Ру, у 12(11,3%) больных в сочетании с подвешной энтеростомией. 31 (27,7%) больным из 106 детей при больших кистах холедоха чтобы уменьшить опасность повреждения сосудов печени, мы использовали методику демуккозаций слизистой кисты холедоха путем слепой препаровки и наложением У-образной гепатикоеюностомии. Шесть больных (5,4%) с наличием кистозной аномалии первичных ветвей внутрипеченочного билиарного дерева, общий печеночный проток пересечен в воротах печени и наложением портоэнтеростомии по Ру. Отдаленные результаты изучены у 89 (79,5%) оперированных детей через 6-12 месяцев после операции. Производили инструментальные и функциональные исследования. Оперированные дети развиваются хорошо. Из изученных в катанезе 89 пациентов только у одного встретили стеноз гепатикоеюноанастомоза с формированием желчекаменного холангита внутрипеченочных ходов, произведена реконструкция гепатикоеюностомии. Остальные 88 больные развиваются удовлетворительно.

Выводы. Таким образом, наш опыт и публикации ряда других авторов свидетельствует о том, что единственным радикальным лечением можно считать иссечение кисты холедоха с наложением гепатикоеюностомии по Ру. При больших кистах холедоха чтобы уменьшить опасность повреждения сосудов печени методом выбора является демуккозация слизистой кисты и наложением гепатикоеюностомии по Ру.

АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ

*Бабаджанова Г.С., Абдуразакова М.Д.
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТМА*

Актуальность. Варикозная болезнь является наиболее часто встречающимся заболеванием сосудистой системы. По ВОЗ самым распространенным заболеванием периферических сосудов является варикозное расширение нижних конечностей (ВРВНК). К атипичным локализациям варикозного расширения вен (ВРВ) относят область промежности, наружные и внутренние половые органы. Эти формы встречаются чаще, чем это принято считать. ВРВ вульвы наблюдается у 2% беременных и в 20% случаев сохраняется после родов или прогрессирует при последующих беременностях. Частота варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ), по данным различных авторов, составляет от 5 до 80%. Частота тромбозомических осложнений в акушерстве варьирует от 0,6 до 5,0 на 1000 беременных. Фундаментальным механизмом развития варикозной болезни вен малого таза у женщин является беременность, при которой в 5-6 раз увеличивается риск венозных тромбозов. Возможно, играют роль: сдавление беременной маткой нижней полой вены и подвздошных вен, увеличение объема крови во время беременности, недостаточность венозных клапанов. Предрасполагающими факторами могут быть тенденция к стазу в результате гормональных изменений, состояние физиологической гиперкоагуляции, обусловленной изменением реологических и свертывающих свойств крови и ингибции фибринолиза.

Целью данного исследования явилось диагностика и методы лечения ВРВМТ у беременных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 беременных в возрасте от 19 до 38 лет, которые разделены на 2 группы: в I группу вошли 42 первобеременных, у которых во время данной беременности обнаружено (ВРВНК), ВРВМТ и/или их сочетанная форма; во II группу – 68 повторобеременных, которые имеют признаки вышеуказанных патологий и III группа (контрольная) - 16 беременных, у которых не обнаружено признаки варикозного поражения вен. В работе были использованы клинические, лабораторные, ультразвуковое и доплерометрическое методы исследования фето-плацентарного комплекса и органов малого таза, консультации сосудистого хирурга.

Результаты исследования. Все беременные женщины были в сроках от 22 до 38 недель гестации. Среди беременных первой группы частота ВРВМТ составила 21%, ВРВНК 76,6% и сочетанная форма 2,4%, во второй группе 53%, 28% и 19% соответственно. По данным нашего исследования, варикозная болезнь развивается в сроках 27-32 недели – 37,5%, в сроках 33-38 недели – 57,1% у первобеременных, 69,1% и 30,8% у повторобеременных, это связано традиционно с ростом матки, давлением большой беременной матки на сосуды малого таза, по сравнению с более ранними сроками.

Изучение соматического анамнеза обследованных показало, что частота перенесенных заболеваний у беременных 1 и 2 групп была значительно выше, чем в контрольной группе. Так, частота патологии сердечно-сосудистой системы, такие как хроническая гипертензия в анамнезе, а также перенесенная вегето-сосудистая дистония, чаще была выявлена у беременных 2 группы (15,0%) по сравнению с пациентами 1 группы (4,1%). Заболевания почек, в частности, пиелонефрит, а также заболевания щитовидной железы чаще встречались у беременных 2 группы значительно чаще по сравнению со 1 (в 3 раза) и контрольной группами (в 6,5 раз). Заболевания гепатобилиарной системы (гепатиты, холецистит, дискинезия желчных путей) встречались с одинаковой частотой в 1 и 2 группах и незначительно меньше встречались в контрольной группе.

Такая высокая соматическая заболеваемость у беременных с варикозной болезнью требует дальнейшего изучения ее роли в развитии венозной патологии у беременных.

ВРВМТ визуализируют в виде многочисленных конгломератов и лакун со слабым разнонаправленным кровотоком. В режиме цветового картирования получаемое изображение представляет собой разноцветные пятна неправильной формы. Это так называемый «симптом озер». Изучение качества маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК) путем доплерометрии показало, что при ВРВМТ чаще наблюдается его нарушение, способствующее хронической гипоксии плода.

Для определения риска развития тромботических осложнений у беременных с варикозной болезнью нами изучены некоторые показатели свертывающей системы. Практически у всех беременных с варикозным расширением вен наблюдались нарушения коагуляционного звена гемостаза. На фоне повышения кинетики свертывания крови, повышения концентрации фибриногена, у беременных с варикозной болезнью отмечалось снижение физиологических антикоагулянтных свойств крови за счет снижения среднего показателя активности антитромбина-III. Снижение антитромбина-III можно объяснить недостаточностью эндогенных антикоагулянтов и изменений сосудистой стенки у беременных с варикозной болезнью.

Выводы: 1. Наиболее информативным методом диагностики ВРВМТ является УЗИ исследование сосудов малого таза. 2. Такая высокая соматическая заболеваемость у беременных с варикозной болезнью усугубляет течение беременности. 3. Включение исследования венозной системы органов малого таза с доплерометрией в скрининговые методы обследования беременных позволяет своевременно выявить ВРВМТ, провести профилактическое лечение и снизить риск тромботических осложнений у беременных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Баритдинова Х.Х., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день эндометриоз считается одной из актуальных проблем в гинекологии. Одним из симптомов является бесплодие. Сегодня не имеется концепции о патогенезе, способствующем расстройству репродуктивной функции.

Цель исследования. Изучить основные причины бесплодия у больных с эндометриозом.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 20 женщин от 30 до 40 лет, с диагнозом эндометриоз. У всех обследованных было произведено общеклиническое гормональное УЗИ, МРТ исследование.

Результаты и обсуждения. У 20 женщин нарушения менструальной функции начинались с менархе, проявляясь по типу: аменореи у 2, олигоменореи у 12 и гиперполименореи у 6 больных. Основными клиническими симптомами были тазовая боль, усиливающаяся во время менструации, болезненные менструации, болезненный половой акт, обильные кровотечения, приводящие к анемии и психоэмоциональные расстройства, а также бесплодие. Основными причинами бесплодия у наших пациентов были следующие: у 9(45%) больных перитонеальные факторы (спайки и сращения), у 4(20%) больных нарушение транспортной функции маточных труб, у 4 (20%) функциональная неполноценность эндометрия и снижении экспрессии его рецепторов к эстрогенам, у 3(15%) нарушения процессов овуляции. Диагноз мы ставили на основании анамнеза клинических симптомов гинекологического осмотра, кольпоскопии, УЗИ, МРТ, гистероскопии, определение гормонов, в частности ФСГ ЛГэстрогенов и прогестерона, а также при необходимости гистологическое исследование.

Таким образом, основными причинами бесплодия при эндометриозе являются перитонеальные факторы нарушение транспортной функции маточных труб, функциональная неполноценность, эндометрия и ановуляция в яичниках.

ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Бахавадинова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Врожденные обструктивные уropатии приводят у ряда больных к развитию уролитиаза, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности. Но особенно частым и ранним осложнением врожденных обструктивных уropатий у детей является вторичный обструктивный пиелонефрит, который значительно отягощает течение и прогноз основной патологии, создает дополнительные трудности лечения больных, что обусловлено воспалительными изменениями чашечно-лоханочной системы и тубуло-интерстициальной ткани почки, возникновением иммунных нарушений и иммунопатологических реакций.

Следует отметить, что в последние годы было выполнено достаточно большое число работ, посвященных изучению показателей клеточного и гуморального иммунитета при первичном и вторичном пиелонефрите у детей. Однако, мы полагаем, что изменения параметров иммунологической реактивности при обструктивном пиелонефрите, осложнившим течение различных видов врожденных обструктивных уropатий, имеют свои особенности, так как он (пиелонефрит) развивается на фоне уже имеющейся иммунологической перестройки организма, связанной с нарушением дифференцировки ткани почки и мочеточника. Не исследован и цитокиновый статус у детей с данной патологией, четко не сформулированы показания и целесообразность проведения иммунокорригирующей терапии.

Анализ специальной литературы и вышеуказанные предпосылки позволили определить цель и сформулировать задачи настоящей работы.

Цель исследования. Изучить показатели иммунологической реактивности в ранние и отдаленные сроки при различных видах врожденных обструктивных уropатий, осложненных вторичным пиелонефритом, обосновать тактику ведения и рационального лечения больных с учетом выявленных иммунных нарушений с помощью проведения магнитоинфракрасной лазерной терапии.

Материал и методы исследований. Для решения поставленных задач были проведены клинические наблюдения и исследования с применением общеклинических, инструментальных, клинико-лабораторных и биохимических методов, выполненных в отделениях и лабораториях Андижанской областной детской клинической больницы.

Результаты исследования. У больных хроническим обструктивным пиелонефритом с сохранной функцией почек при поступлении в стационар, перед выпиской и через три месяца после выписки выявляются сдвиги показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, неспецифической резистентности организма.

Иммунологические сдвиги у больных обструктивным пиелонефритом выражаются в повышении абсолютного количества СБЗ-лимфоцитов, снижении абсолютного и относительного количества СБ4-лимфоцитов, повышении относительного и абсолютного числа С020-клеток, в крови, уровней иммуноглобулинов G, A, M и концентрации ЦИК в сыворотке крови, снижении значений ФАН, ФИ, НСТ-теста, повышении содержания ИЛ-1(3 и ФНО-а, снижении содержания ИФН-а в сыворотке крови.

У детей с обструктивным пиелонефритом, в комплексное лечение которых была включена магнитоинфракрасная лазерная терапия, наблюдается выраженная тенденция к нормализации большинства параметров иммунитета.

Включение в комплексное лечение больных обструктивным пиелонефритом магнитоинфракрасной лазерной терапии обеспечивает более стойкую клинико-лабораторную ремиссию заболевания и скорейшее выздоровление больных по сравнению с детьми, которые получали комплексную общепринятую терапию.

Вывод. Выявлена клинико-диагностическая значимость изучения в динамике комплексных показателей иммунитета для оценки эффективности лечения больных с обструктивными уropатиями и вторичным обструктивным пиелонефритом. Результаты проведенных исследований позволили обосновать целесообразность включения в комплексное лечение этих больных дополнительных мероприятий, направленных на коррекцию изменений иммунологической реактивности, и оценить их результаты.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бахавадинова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Структура заболеваемости школьников характеризуется доминированием патологии опорно-двигательной системы -24%, второе место занимают болезни органов пищеварения -19%, третье - болезни нервной системы и психической сферы -14%. Хронические заболевания органов пищеварения занимают лидирующее место в структуре хронической соматической патологии у детей старшего возраста. Из них наиболее распространенными являются поражения гастродуоденальной зоны. Значительный рост распространенности заболеваний органов пищеварения требует разработки критерияльной системы оценки эффективности и качества лечения этой патологии, определения эффективности восстановительного лечения и диспансеризации с учетом мнения врача и больного.

Цель исследования. Установить закономерности изменения качества жизни у детей школьного возраста для оптимизации построения профилактических и лечебных мероприятий при хронических заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей.

Материал и методы исследований. В исследовании приняло участие 1150 человек. В соответствии с поставленными задачами программа настоящего исследования включала ряд разделов.

Результаты исследования. Качество жизни, по данным опросников CHQ-87 и SF-36 (общее здоровье, психологическое здоровье, поведение, социальное функционирование), в значительной степени зависит от факторов образа жизни - длительности ночного сна, режима питания, физической активности, пребывания на свежем воздухе.

Длительное время, проводимое за компьютером и за просмотром телепередач, приводит к снижению качества жизни по шкале общего здоровья до $59,05 \pm 1,86$ баллов у детей, более 3 часов в день проводящих за просмотром телепередач, против $63,55 \pm 1,16$ баллов у детей, проводящих у телевизора до 2 часов в день ($p < 0,05$), шкале жизнеспособности до $52,25 \pm 2,99$ баллов у детей, более 3 часов проводящих у компьютера, против $60,31 \pm 1,63$ баллов при нахождении за компьютером до 2 часов в день ($p < 0,05$); нарастают поведенческих и эмоциональных проблем - $78,02 \pm 1,79$ баллов у детей, более 3 часов проводящих у компьютера, против $82,95 \pm 0,93$ соответственно при нахождении за компьютером до 2 часов в день ($p < 0,05$).

Динамика качества жизни (по данным CHQ-87 и SF-36) имеет возрастные и половые различия: с возрастом, к 14-17 годам происходит снижение качества жизни по шкалам психологического здоровья, боли, нарастают поведенческие и эмоциональные проблемы, снижается самооценка и сплоченность семьи. У девочек раньше (к 14 годам), чем у мальчиков отмечено снижение показателей по шкалам психологического здоровья до $63,86 \pm 2,40$ баллов против $71,59 \pm 1,84$ баллов у мальчиков ($p < 0,05$), сплоченности семьи до $52,73 \pm 4,50$ баллов против $68,53 \pm 3,60$ баллов у мальчиков соответственно ($p < 0,01$).

Хроническая гастродуоденальная патология в периоде обострения оказывает существенное негативное влияние на качество жизни в физической и психологической сферах, снижает показатели общего здоровья и ограничивает возможности не только физического, но и социального функционирования больных. Сравнительная оценка КЖ по мнению детей и их родителей выявила несоответствие впечатлений о влиянии гастродуоденальной патологии на КЖ по следующим параметрам: общее и психологическое здоровье, самооценка, ограничение физической активности, влияние боли, что необходимо учитывать при составлении программы лечения и реабилитации.

Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация с медикаментозной терапией в условиях реабилитационного центра является самой, перспективной формой восстановления детей с заболеваниями гастродуоденальной зоны.

Сочетание транскраниальной электростимуляции и медикаментозной терапии при амбулаторном варианте лечения, повышает клиническую эффективность лечения хронических гастродуоденальных заболеваний у детей, оказывает нормализующее действие на показатели психофизиологического статуса и качество жизни детей.

Эрадикационная терапия *Н. pylori* у детей с гастродуоденальными заболеваниями негативно влияет на характеристику КЖ по шкалам общего здоровья и, жизнеспособности, что требует проведения терапии «сопровождения», улучшающей общие витальные функции организма.

В амбулаторных условиях длительность лечения и реабилитации детей с обострением хронической гастродуоденальной патологии с учетом восстановления параметров КЖ (по шкалам GH-общего здоровья, FA-семейной активности - степень ограничения активности семьи из-за здоровья ребенка, BE -эмоциональные и поведенческие проблемы, физического и эмоционального функционирования) должна составлять не менее 3 месяцев.

Вывод. Полученные в результате проведенного исследования данные свидетельствуют о преобладающем влиянии образа жизни на качество жизни, связанное со здоровьем, что позволяет широко использовать в структуре профилактических мероприятий. Полученные возрастно-половые значения, параметров КЖ детей 10-17 лет по данным CHQ-87 и SF-36 могут быть основой для сравнительной-оценки-качества жизни детей с другими заболеваниями и при проведении исследований в различных регионах.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, В КРОВИ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ БЕРЕМЕННОСТИ

*Бахриев Н.Р., Сабирова Д.Ш., Рустамова Г.Р.
Самаркандский Государственный Медицинский институт*

Цель работы: Установить динамику изменения содержания хориального гонадотропина, прогестерона и эстриола в крови женщин на протяжении физиологической и изосенсибилизированной по резус-фактору беременности.

Материалы и методы исследования: Обследовано 20 историй после родов резус-отрицательных женщин госпитализированных в клинику СамМИ. Возраст женщин, обследованных гормонально, колебался от 18 до 43 лет. Изучено гормональная активность системы мать-плацента-плод, оценивалось по результатам соотношения уровней хориального гонадотропина, прогестерона и эстрогенов в системе мать-плацента-плод в родах при физиологической и иммунологически несовместимой беременности по антигенам крови ЛВО и резус в различных вариантах их клинических проявлений. Определение хориального гонадотропина, прогестерона и неконъюгированного эстриола производили в сыворотке крови радиоиммунологическими методами с использованием стандартных кит-наборов. Фракции эстрогенов в плазме крови матери и пуповинных сосудов определяли спектрофлуорометрическим методом.

Результаты: Установлено, что выраженность и направленность изменений гормональной функции фето-плацентарного комплекса определяется тяжестью иммунного конфликта на механизмы гормоногенеза в фето-плацентарном комплексе, которые характеризуются нарушением метаболизма эстрогенов и прогестерона в организме плода, пораженного гемолитической болезнью, плацента в этих условиях сохраняет достаточную гормональную активность. Также, чрезмерное высокое содержание хориального гонадотропина и резкое снижение его в материнской крови являются признаком угрозы жизнедеятельности внутриутробного плода. Перинатальная смертность в прошлом у беременных контрольной группы наблюдалась в 9,2%, у сенсибилизированных — в 44,0% случаев. Показана прогностическая значимость коэффициента отношения эстриола крови матери к билирубину околоплодных вод, позволяющего диагностировать гемолитическую болезнь плода и ее тяжесть в 91,7% случаев.

Выводы: Таким образом, изучение уровня стероидных гормонов и ХГ в крови женщин в динамике резус-несовместимой беременности и в крови пуповинных сосудов их плодов, свидетельствует о сложном характере стероидогенеза в системе мать-плацента-плод, зависящего от тяжести иммунного конфликта, состояния внутриутробного плода, совместности изменений в его органах с жизнью во внутриутробном периоде. Соотношение уровня ХГ, эстрогенов и прогестерона в различных звеньях этой функциональной системы показывает, что при иммунологическом

конфликте приспособительные механизмы гормонального гомеостаза у плода менее совершенны, чем в плаценте и материнских тканях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГЛАНДИН Е ДЛЯ ПОДГОТОВКИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Бахритдинова Х., Юлдашева О. С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипертензивные состояния являются одним из осложнений беременности и причиной материнской и перинатальной смертности

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения гландина для подготовки родовых путей.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами были изучены истории родов у 20-ти женщин в сроке беременности от 38 до 41 недель. Возраст женщин составил: до 20-ти лет - 3 (10%); от 20 до 30 лет - 19 (63.3%); свыше 30 лет - 8 (26.7%). Из них были: первородящие - 10 (33.3%); повторнородящие 20.

Результаты: У 5-ти обследованных была диагностирована преэклампсия легкой степени, у 4 беременных резус отрицательная кровь, у 7 беременных крупный плод, у 4 перенесенная беременность, 20 беременным во влагалище нами был поставлен гландин. У 16 беременных через 6, 10 и 12 часов началась родовая деятельность, у 4 через 6 часов повторно использовали гландин. Нами была изучена продолжительность родовой деятельности после применения гландина. При этом продолжительность родовой деятельности составила у первородящих: I период - 10 часов; II период - 30 мин; III период – вели активно. У повторно родящих: I период - 8 часов; II период - 10 мин; III период – вели активно.

Вывод. После наших исследований можно прийти к единому мнению, что применение гландина для подготовки родовых путей является наиболее эффективным методом.

БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Бердиев. Э.А.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Муаммонинг долзарблиги: Болаларда ичак инвагинациясининг диагностикаси ва даволаш усуллари танлаш болалар хирургиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Сўнгги йилларда ушбу патология билан оғриган беморлар сони ортиб, 30-40% гачани ташкил этмоқда

Тадқиқот мақсади: ичак инвагинацияси билан оғриган болаларни даволаш натижаларини ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва текширув усуллари: 2014-2018 йиллар давомида Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 75 нафар бемор болаларни даволаш ва диагностика натижалари таҳлил қилинди. Беморларнинг 42 нафарини (56%) бир ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Касаллик бошлангандан дастлабки 12 соат ичида- 47 (62%) нафар бемор болалар, 12-24 соат ичида- 8 (11%) нафар бемор болалар ва икки суткагача бўлган вақт ичида - 13 (41,3%) нафар болалар, 3 ва ундан ортиқ суткада- 7(9%) нафар болалар муружаат қилишган. Барча беморларда касаллик ўткир бошланган. Хуружсимон оғрик, бола йиғлаши, безовталиги кузатилган. Ахлатда қон бўлиши ва қусиш аломатлари- 45 (60%) нафарида, қорин бўшлиғида ўсмасимон инвагинатнинг пайпасланиши- 31 (41,3%) нафар беморларда аниқланган. Ичак инвагинациясини пневмоирригоскопия ёрдамида диагностика қилиш 70 (93%) нафар беморда бажарилган. 10 нафар беморнинг 9 нафарида қорин бўшлиғининг УТТ текширувида инвагинат борлиги аниқланган. Илеоцекал соҳасида ичак инвагинацияси 73 (97,4%), ингичка-ичак-ингичка ичак инвагинацияси 2(2,6%) нафар беморда аниқланди. Ичак инвагинациясини консерватив даволаш 48 (64%) нафар беморда қўлланилиб, касалликнинг эрта даврида ва 27 нафарида бажарилди, хирургик аралашув, яъни лапаротомия ва дезинвагинация 21 нафар беморда бажарилди. Ичак резекцияси охирига-охири анастомози 2 нафарида, охири-ёнбош анастомози- 1 нафар беморда бажарилди. Лапароскопик усулда дезинвагинация 6 нафар беморда бажарилди. Лапаротомия амалиёти 7 (33%) нафар беморда бажарилди. Лапароскопик дезинвагинация операция амалиётидан сўнг асоратлар кузатилмади.

Хулоса: Шундай қилиб, илеоцекал инвагинацияси бўлган бемор болаларда консерватив дезинвагинация 100% ҳолатларда самарали бўлиб ҳисобланади. Эндовидеолапароскопия нафақат ичак инвагинацияси ташхислашда, балки даволаш ва энг кам травматик эндовидеохирургик хирургик амалиётларни ҳам амалга оширишга имкон беради.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ

Бердиев. Э.А. Салимов. Ш.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал хирургия илмий-амалий маркази

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир аппендицит билан касалланиш даражаси умумий касалланишнинг 0,1–0,6% ни ташкил этиб, бу эса барқарор пасайиш тенденциясига эга. Шунинг учун бу касалликни даволаш ва диагностика усуллари такомиллаштиришни тақозо этади. Диагностик хатолар, “асоссиз” операциялар бажарилишига олиб келади. Ўткир аппендицит турларининг операциядан олдинги диагностикасига ўрганишга бўлган қизиқишлари сусаймайди. Эндовидеолапароскопия технологияси жуда самарали кам инвазив амалиёт бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: эндовидеолапароскопик аппендэктомиядан фойдаланишнинг иқтисодий самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва текшириш усуллари: 2011-2018 йилларда Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий марказига ётиб даволанган беморларнинг икки гуруҳи даволаш натижаларини жинси ва ёшига қараб таққосланди. Асосий гуруҳда ўткир аппендицит ташхис билан эндовидеохирургик усулда операция қилинган беморлар киради. Назорат гуруҳига эса, анъанавий усулда операция қилинган беморлар олинган. Асосий гуруҳда 217 нафар бемор операция қилинган. Патоморфологик хулосага кўра, 150 (69,12%) нафар беморда ўткир флегмоноз аппендицит, 66 (30,41%) нафар беморларда эса ўткир гангреноз аппендицит ташхиси қўйилди ва 1 (0,46%) нафар беморда эса оддий аппендицит хулосаси берилган. Беморларда перитонит аломатлари 71,23% ҳолатларда юзага келган. 18 нафар беморда операция жараёнида тўскинлик қиладиган техник қийинчиликлар ва чувалчангсимон ўсимта кўричак орқа деворига битишмалар ҳисобига ёпишиб кетганлиги ва атроф тўқималарнинг инфилтратив ўзгаришлари туфайли лапароскопик усулдан анъанавий усулга ўтилди. Операциядан кейинги даврда асоратлар 2(0,46%) ҳолатларда кузатилиб, чувалчангсимон ўсимта туткичидан ва чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи етишмовчилиги сабаб қон кетиш аломатлари кузатилган. Назорат гуруҳида 2973 нафар беморларда хирургик амалиётлар бажарилган. Ўткир флегмоноз аппендицит ташхиси билан 1263 (42,48%) нафар бемор, ўткир гангреноз аппендицит ташхиси билан 724 (24,35%) нафар бемор ва оддий аппендицит ташхиси билан 184 (6,18%) нафар беморга ташхис қўйилган. 239 (8,03%) нафар беморда чувалчангсимон ўсимтанинг иккиламчи ўзгарилиши аниқланган. Беморларда перитонит аломатлари 667,8% ҳолатларда кузатилган. Операциядан кейинги даврда операцион жароҳатнинг йиринглаши ва жароҳатнинг иккиламчи битиши 127 (4,2%) нафар беморда кузатилди.

Қорин бўшлиғидаги операция муолажалари янги замонавий видеоэндоскопик технологиялар ёрдамида бажарилгандан сўнг, операциядан кейинги асоратлар сони 4 барабар камайиши кузатилди. Шунингдек беморнинг шифохонада ётиб даволаниш кунини қисқаришига олиб келади.

Хулоса: Эндовидеолапароскопик технологиялар ёрдамида аппендэктомия амалиётларини бажариш юқори клиник самарадорликка эга. Ўткир аппендицитни ташхислашда қийинчиликлар туғилганда диагностик лапароскопия ўтказиш ва шу билан бирга асосиз, беҳуда аппендэктомия амалиётлар сонини камайтиришга эришилади.

БРОНХ- ЎПКА ХАСТАЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ГИПОТЕРМИЯ ХОЛАТИ КУЗАТИЛИШИ

*Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш., Эргашева Н.С.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги:Хозирги вақтда гипотермия болаларда кўплаб учраши амалий педиатрияни энг асосий муоммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Педиатр шифокорларга гипотермия шикоят билан мурожатини асосий сабаблари амбулатор ёки стационар шароитда бирор хасталигини даволаш жараёни бошлангач бир неча вақтдан кейин бола тана ҳароратини тушиб кетишига ва бу ҳолат кўпинча шифокор томонидан даво чоралари амалга оширилса ҳам бир неча кун давомида даво самарасизлиги кузатилмоқда ва бу ҳолат шифокор ва бемор учун ташвишли ҳолатга олиб келмоқда.

Мақсад ва вазифалар:Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббий марказ пульмонология бўлимида даволанаётган гипотермияга шикоят қилган бемор болаларда гипотермияга олиб келувчи сабабларини ўрганиш.Самарали даво чораларини қўллаш.

Қўлланилган усуллар:Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббий марказ пульмонология бўлимида даволанаётган ва даволанган бронх-ўпка патологияси билан оғриган ва гипотермия ҳолатига шикоят қилган 18 нафар беморлар объектив ва субектив текширилди клиник таҳлиллар ва тор мутахасислар хулосаси ҳамда асосий касаллигига олаётган дори препаратлари ўрганиш мақсадида касаллик тарихи ўрганилди.

Олинган натижалар:Гипотермияга шикоят бор беморларда анамнездан аксарият бемор болалар тана температураси кўтарилиши вақтида кўплаб тана температурасини тушурувчи воситаларини қўллаш ва айрим беморларда неврологик патологияси,организмда макро элементларни етишмовчилиги,айрим беморларда кенг спектрли антибиотикларни ноҳўя таъсири натижасида келиб чиқиши кузатилмоқда.

Бронх-ўпка патологияси билан оғриган ва гипотермия ҳолатига шикоят қилган 18 нафар беморлар клиник таҳлиллар ва тор мутахасислар хулосаси ҳамда асосий касаллигига олаётган дори препаратлари ўрганилганда 7 нафар 40% беморларда турли неврологик патология мавжудлиги,4 нафар 22% беморларда тана температурасини тушурувчи дори воситасини кўп қўлланганлиги натижасида 3 нафар 17% беморларда ТОРЧ инфекцияси мавжудлиги 2 нафар беморларда 1 дан ортқ кенг спектрли антибиотикларни кўп қўллаш, 1 нафар 5% беморларда танқислик анемия,1нафар 5% кучли стресс ва қўрқув натижасида келиб чиққанлиги аниқланди.

Хулоса:Бронх-ўпка патологияси билан оғриган ва гипотермия ҳолатига шикоят қилган беморларда гипотермия ҳолати турли сабабларга кўра келиб чиқиши ва бу ҳолат гипотермияга олиб келувчи сабабларни вақтида бартараф қилиш ва гипотермияни даволашда симптоматик давогина эмас этиологик ва патогенетик даволашга ёндашиш зарур.

ОКСАЛАТЛИ НЕФРОПАТИЯЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ

*Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш., Урумбаева З.О.
Андижон Давлат тиббиёт институти.*

Долзарблиги: Оксалатли нефропатиялар моддалар алмашинувинингбузилиши билан кечувчи касаллик бўлиб,сийдик билан оксалатларнинг сийдик билан кўп миқдорда ажралиши,сийганда ачишишлар, бўғимларда оғрик ва уларнинг шишинкраши,қориндаги оғриклар, ўпкалар зарарланиши билан кечади шунингдек турли аллергия

тошмалар, атопик дерматилар ҳам ушбу касалликларда кузатилиши мумкин бу ҳолат турли аъзоларга оксалатларнинг чўқиши ва оксалатларнинг организм учун антиген эканлиги билан изоҳланади.

Материаллар ва усуллар: Теткширув Андижон вилоят кўп тармоқли болалар тиббий марказ Нефрология бўлимида Оксалатли нефропатия билан хасталанган бемор болалар 60 нафар 1 ёшдан 4 ёшгача бўлган болалар.

Натижалар: Оксалатли нефропатиялар билан хасталанган болаларнинг 60 нафаридан 70% беморда атопик дерматитлар учраши кузатилди. Атопик дерматит билан оғриган беморлар болаларда объектив текширув ва умумий клиник таҳлиллар натижаларига кўра 70 % беморлар 1 ёшгача бўлган болаларнинг ташкил қилди. Касаллик билан оғриган бемор болаларнинг аксарияти юқори нафас йўллари хасталиклари биркаликда кечиши аниқланди.

Оксалатли нефропатиялар билан оғриган беморларда турли аллергия касалликлар, атопик дерматитлар билан кечиши аниқланди. Бунда беморларнинг оксалатли нефропатиянинг даволаш ва гипоаллерген пархез касаллигининг белгиларининг тез бартараф бўлишига сабаб бўлди.

Хулоса: Атопик дерматитлар 1 ёшдан 4 ёшгача болаларда ҳозирги вақтда кўплаб учраши ва бу ҳолат оксалатли нефропатиялар билан оғриган бемор болаларнинг 70% учраши аниқланди. Ва атопик дерматит давоси билан биргаликда оксалатли нефропатияларнинг даволаш касаллигининг тузалишига ижобий таъсир кўрсатиши аниқланди.

ЎТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА АНТИВИРУС ВА АНТИГИСТАМИН ПРЕПАРАТЛАРИНИ ҚўЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

*Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш., Туйчиев И.К.
Андижон давлат тиббиёт институти.*

Долзарблиги: Ўткир обструктив бронхит бронхларнинг инфекциян яллиғланиш касаллиги бўлиб, у асосан учраши 70% ҳолатларда эрта ёшли болаларда учрайди. Бемор асосан тана температурасининг кўтарилиши, иштахасизлик, йўтал, масофадан хириллашларнинг эшитилиши, экспиратор хансирашлар билан кечади ва тез – тез рецедивланиши кузатилади.

Материаллар ва усуллар: Теткширув Андижон вилоят кўп тармоқли болалар тиббий марказ Пульмонология бўлимида ўткир обструктив бронхит билан хасталанган бемор болалар 46 нафар 2 ойдан 3 ёшгача бўлган болалар.

Натижалар: Ўткир обструктив бронхит билан оғриган бемор болаларда объектив текширув ва умумий клиник таҳлиллар натижаларига кўра 70 % беморлар 1 ёшгача бўлган болаларнинг ташкил қилди. Касаллик билан оғриган бемор болаларнинг аксарияти 80 % “Эксудатив катарал диатез” билан оғриганлиги аниқланди. Касаллик ривожланишида этиологияк омил бўлиб асосан юқори нафас йўллари вирусли инфекциялари сабаб бўлганлиги. Барча беморлар клиник таҳлиллари натижаларига кўра етишмовчилик анемиялари 98% ҳолатларда, рахит касаллиги 60% ҳолатларда ва эозинофилия 5 % ҳолатларда аниқланди.

Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Уларнинг 1 гуруҳига антибиотик ва балғам кўчирувчи, сальбутамол қўлланилди. 2 гуруҳига антивирусли, антибиотик, антигистамин, сальбутамол, ва муколитик воситалар қўлланилди.

Текширув натижаларига кўра 2 гуруҳдаги беморлар тезроқ касалликдан тузалиши кузатилди.

Хулоса: Ўткир обструктив бронхит даволашда антигистамин ва антивирусли препаратлар қўллаш касалликка ижобий таъсир кўрсатиши аниқланди.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ

*Хамдамов Н.М., Ганиева М.Ш., Балтабаева М.М., Маджидова Н.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Гломерулонефрит представляет собой иммунопатологическое заболевание, характеризующееся преимущественным поражением почечных клубочков. Наблюдаемые при гломерулонефрите нарушения со стороны иммунной системы могут усугубляться за счет длительной иммуносупрессивной терапии. Ввиду того, что дети с гломерулонефритом являются иммунокомпрометированными, проведение иммунопрофилактических мероприятий должно быть тщательно обдумано педиатром.

Цель работы: Изучить влияние вакцины от кори на состояние детей, больных гломерулонефритом, принимающих ГКС, которые были вакцинированы.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 14 детей с гломерулонефритом в возрасте 3-10 лет, которые условно были разделены на 2 группы: 1-я, получавшие преднизолон в начальной терапевтической дозе – 8 детей; и 2-я группа - 6 детей, которые согласно программе стандартного лечения получали поддерживающую дозу преднизолона. В анамнезе дети обеих групп были вакцинированы от кори согласно календаря профилактических прививок.

Результаты исследования. Дети из первой группы получили коревую вакцину по эпидемиологическим показаниям – контакт с больным корью в анамнезе. Из 8 первой группы наблюдения детей, привитых от кори на фоне полной терапевтической дозы преднизолона у 6 отмечался рецидив болезни, проявлявшийся у 5 в виде усиления протеинурии, у 3 экстремальными симптомами в виде отеков, олигурии и дополнительно скудной сыпью и непродолжительной субфебрильной лихорадкой. Дети 2-й группы, находившиеся на поддерживающей дозе преднизолона отреагировали на вакцинацию следующим образом: у 2-х детей кратковременно усилилась протеинурия, у 1 ребенка отмечались и клинические и лабораторные признаки гломерулонефрита – им было назначен преднизолон в терапевтической начальной дозе, 3 детей перенесли вакцинацию относительно спокойно.

Выводы. У детей с гломерулонефритом в связи с наличием вторичного иммунодефицита живые вирусные вакцины против кори, краснухи и паротита должны использоваться с осторожностью, так как имеет место неадекватный иммунный ответ, который может закончиться возникновением вакциноассоциированного заболевания, осложнением

основного заболевания, иммунологическим срывом. Возможна вакцинация таких детей при длительности ремиссии не менее 3-4 лет. Необходим серологический мониторинг. Вопрос о возможной ревакцинации решается только после консилиума, в состав которого входит лечащий врач, нефролог и иммунолог.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Валидова А.Ф., Хакимова Г.Д., Исакова Д.Б., Туланов Д.Ш., Мамарасулова С.Р.

Андижанский филиал РСНПЦОиР

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди заболеваний, передающихся половым путем, особое значение имеет папилломавирусная инфекция (ПВИ) гениталий, возбудителем которой является вирус папилломы человека (ВПЧ). Это связано с тремя основными аспектами. Во-первых, частота распространения инфекции является высокой. Число инфицированных в мире за последнее десятилетие увеличилось более чем в 10 раз. Во-вторых, ПВИ чрезвычайно сложна для диагностики, особенно ее латентная форма, при которой, несмотря на наличие вирусов, морфологических изменений в ткани не наблюдается. У более 15% женщин обнаружен ВПЧ в шейке матки, хотя клиническая симптоматика заболевания отсутствовала. В-третьих, ВПЧ рассматривается как этиологический фактор в развитии рака шейки матки. Во всем мире рак шейки матки занимает второе место среди злокачественных новообразований у женщин.

Материалы и методы Изучены результаты обследования 221 женщины с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки.

Результаты и обсуждения Средний возраст женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки в основной группе составил 39,22±1,09 лет в контрольной - 39,69±1,12 лет. В основной группе М/м36, в контрольной М/м-35, что >2 и соответствует высокой степени статистической достоверности средних величин с вероятностью более чем 99,7%.

Фоновые и предраковые заболевания шейки матки встречаются в любом возрасте, но чаще в возрасте от 20 до 50 лет в репродуктивном и пременопаузальном периодах. Среди обследованных нами женщин наибольшая частота заболеваний шейки матки наблюдалась у пациенток в возрасте от 40 до 50 лет.

Анализ жалоб показал, что 52 женщины основной группы и 67 женщин контрольной группы не предъявляли жалоб. Контактное кровомазанье из половых путей отмечали у 12 женщин основной группы и у 17 женщин - контрольной группы. На бели жаловалось 42 женщины основной группы и 46 - контрольной группы. Периодические боли внизу живота, в пояснице отмечали у 38 женщин основной группы и у 37 - контрольной.

Вывод. При изучении анамнеза пациенток в основной и контрольной группах выявлены следующие факторы риска: курение, анализировалось наличие экстрагенитальных заболеваний, гинекологических заболеваний, состояние секреторной, менструальной, половой и репродуктивной функций.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА ЭДЕМ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ АЛЛЕРГОЗЕ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Урумбаева З.О., Зайнабтдинова С.Н., Ботиров А.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Аллергические заболевания у детей являются одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии. По данным ВОЗ, они выходят на первое место в структуре общей патологии детского и взрослого населения. Их называют "болезнями XX столетия". Респираторный аллергоз (РА) у детей является одним из самых распространенных хронических заболеваний в детском возрасте, требует дальнейшего изучения в плане исследования predisposing и причинно-значимых факторов, механизмов патогенеза и особенностей клинического течения, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики. По результатам ряда исследований распространенность бронхиальной астмы в Республике Узбекистан варьирует от 1,1% до 6,2%, что обусловлено не только влиянием внешних региональных факторов, но и использованием различных методов диагностики. В последние годы в комплексном лечении ряда заболеваний успешно используется Гемалин, который обладает противорецидивным действием при РА у взрослых лиц, но отсутствуют данные о результатах применения Эдема при РА у детей.

Цель исследования. Исследовать состояние иммунологической реактивности и противорецидивные эффекты препарата Эдем у детей с РА.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 80 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с РА. Первая группа больных РА (46 пациентов) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных РА (34 пациентов) – комплексное лечение в сочетании с Эдемом.

Результаты исследования и их обсуждение. В период обострения заболевания у общей группы больных РА отмечалось значительное снижение уровней иммуноглобулина G, иммуноглобулина A и иммуноглобулина M, резко выраженное повышение уровня иммуноглобулина E в сыворотке крови. В периоде клинической ремиссии у больных РА обнаружилось понижение уровней иммуноглобулина G и иммуноглобулина M, выраженное повышение уровня иммуноглобулина E при отсутствии достоверных изменений уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови. Уровень иммуноглобулина G в сыворотке крови у больных РА в периоде клинической ремиссии был выше его уровня в периоде обострения заболевания. У наблюдаемых детей РА в периоде обострения заболевания обнаруживались значительные сдвиги параметров иммунологической реактивности. Так, у пациентов отмечались изменения показателей клеточного звена иммунитета (снижение уровней иммуноглобулинов G, A, M на фоне резко выраженного повышения уровня общего иммуноглобулина E в сыворотке крови).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у первой группы больных РА, получавших комплексную общепринятую терапию, при наступлении клинической ремиссии сохранялись выраженные изменения параметров иммунологической реактивности. Полная клиническая ремиссия сохранялась у пациентов первой группы в течение месяца, после чего у них появлялись признаки обострения заболевания. У второй группы больных РА, в комплексное лечение которых был включён препарат Эдем, констатировалось более быстрое наступление полной клинической ремиссии, во время которой констатировалась нормализация большинства параметров иммунологической реактивности. Проведение повторного курса Эдема (через три месяца после первого курса) пациентам этой группы обеспечивало сохранение полной клинической ремиссии, общая продолжительность которой достигала 6-8 месяцев. Данные, полученные при дисперсионном анализе материала, позволили подтвердить высокую долю положительного влияния Эдема на состояние иммунологической реактивности и продолжительность клинической ремиссии у детей РА.

Вывод. Проведение больным РА комплексного лечения в сочетании с двумя курсами препарата Эдем с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных РА, получавших только комплексную общепринятую терапию.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА АЛЕРЗИН

*Ганиев А.Г., Урумбаева З.О., Темирова О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема респираторных аллергозов (РА) у детей продолжает оставаться актуальной во всем мире, несмотря на многочисленные исследования и достаточный объем лечебно-профилактических мероприятий. В детском возрасте РА являются одними из самых распространенных хронических заболеваний. Среди многочисленных проблем современного человечества одной из ведущих является рост аллергических заболеваний. По данным ВОЗ, аллергические заболевания занимают по распространенности 3-е место. Наиболее важными достижениями в решении этой проблемы можно считать принятие международно-согласованных документов и национальных программ в рамках глобальной стратегии по бронхиальной астме и лечению ринита.

Настоящее сообщение посвящено определению целесообразности использования препарата Алерзин на фоне стандартной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в клинике кафедры госпитальной и неотложной педиатрии Андижанского государственного медицинского института на базе ОДММЦ г. Андижан находились 75 детей с различной видами респираторных аллергозов в возрасте 3-14 лет. Основным диагнозом у всех детей был респираторный аллергоз. Кроме этого, у 7 из них дополнительно наблюдался аллергический ринит, у 5 — аллергический трахеит и у 4 — атопический дерматит.

Для проспективного исследования нами были сформированы две группы пациентов: первая группа больных, получавших стандартную базисную терапию ($n=35$); вторая группа больных ($n=40$), получавших, наряду с аналогичным спектром базисной терапии, антигистаминный препарат Алерзин (в возрасте от 3 до 6 лет — по 10 капель (2,5 мг), от 6 до 14 лет — по 20 капель (5 мг)) в течение 2 недель, во 1-й группе (сравнения) антигистаминным препаратом был Зодак, который назначался детям до 10 лет по 5 мг 2 раза в сутки, старше 10 лет — по 10 мг два раза в сутки по пятидневной схеме (1-день 1,0 мл, 2-день 1,5 мл, 3-день 2,0 мл, 4-день 2,5 мл, 5-день 3,0 мл внутримышечно) с перерывом 1-день, трёхкратно. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести, продолжительности заболевания, выраженности клинических и функциональных симптомов РА. Все пациенты прошли стандартное аллергологическое обследование. Всем детям были исследованы кровь на эозинофилию и сыворотка крови на иммуноглобулин Е (IgE) до и после лечения. Эффективность применения антигистаминных средств оценивали по следующей шкале:

- полная ремиссия;
- значительное улучшение;
- улучшение;
- без эффекта;
- ухудшение.

Таким образом, показатели эозинофилов выше 5-7 % наблюдались у 34,40 % больных во второй группе и у 28,3 % детей группы сравнения ($p > 0,05$). У обеих групп отмечался повышенный уровень IgE. У детей из 1-й группы он составил $132,19 \pm 8,24$ МЕ/мл, а у детей из 2-й группы — $134,26 \pm 9,90$ МЕ/мл ($p > 0,05$) при референтных значениях до 26,00 МЕ/мл.

В отношении абсолютного количества ЭВП следует отметить, что до лечения их уровни в обеих группах были повышены: в 1 группе - $158,2 \pm 17,1$, во 2 - $163,3 \pm 12,7$. Через 3 месяца после проведенного лечения количество ЭВП у пациентов 1 группы снизилось до $129,4 \pm 11,9$, 2 группы - $145,8 \pm 13,5$. Полученные данные позволяют сделать следующее заключение, что комплексная терапия респираторных аллергозов с использованием антигистаминного препарата Алерзин в большей степени способствовала снижению аллергического воспаления, что проявлялось снижением абсолютного количества эозинофилов, особенно низкой плотности.

Выводы. Комбинированное использование противовоспалительных препаратов и Алерзина дает выраженный эффект в плане улучшения клинического состояния детей, нормализации иммунологических показателей у больных респираторным аллергозом. Алерзин хорошо переносится детьми, не вызывает побочных эффектов и может быть рекомендован для терапии респираторных аллергозов у детей.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПРОТОПИК» ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

*Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Абдурашидов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Высокая распространенность atopического дерматита у детей, раннее начало и быстрое формирование хронических форм определяют данное заболевание как одну из актуальнейших проблем педиатрии. Atopический дерматит из-за соматических страданий, косметических дефектов, серьезных психосоциальных проблем резко снижает качество жизни как ребенка, так и лиц, ухаживающих за ним. Заболевание ложится определенным экономическим бременем на семью больного ребенка и общества в целом. Так, затраты на лечение больных, страдающих atopическим дерматитом, в США составляют более 7 миллиардов долларов. Кожа больных atopическим дерматитом обсеменена различными микроорганизмами, причем их количество значительно выше по сравнению с кожей здоровых детей. Так, золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*) высевается с кожи больных atopическим дерматитом в 80-100% случаев. Для сравнения у здоровых лиц золотистый стафилококк определяется лишь в 5-10% случаев. У пациентов с atopическим дерматитом золотистый стафилококк может быть выделен как с пораженной, так и не с пораженной кожи при остром и хроническом течении болезни. Плотность заселения золотистым стафилококком достигает 10 колониеобразных единиц на 1 см, не вызывая при этом клинических проявлений инфекций.

Целью нашего исследования было обоснование целесообразности этапного последовательного применения различных лекарственных форм «Протопик 0,03%» в зависимости от динамики клинической картины АД.

Объект исследования. Под наблюдением находились 40 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с АД (индекс SCORAD от 45,8 до 60,6) и 14 детей в возрасте от 3 до 10 лет с эритематозно-сквамозной формой АД (ин. SCORAD от 28,3 до 39,4).

Результаты исследования. Пациентам на фоне традиционного лечения (антигистаминными, седативными средствами, ангиопротекторами, пробиотиками) наружно назначали: первой группе больных (n=28) «Протопик 0,03%» - эмульсия (в течение 3-6 дней); после прекращения мокнутия «Протопик 0,03%» - крем (5-8 дней) и завершали терапию препаратом «Протопик 0,03%» - мазь, которую наносили через день штриховым методом. Второй группе (n=14) «Протопик 0,03%» - крем (6-10 дней), затем «Протопик 0,03%» - жирная мазь, которую также наносили через день штриховым методом. В результате этапного последовательного лечения в первой группе больных было выявлено снижение интенсивности зуда (на 7-10 день), прекращение мокнутия (4-5 дни), уменьшение выраженности эритемы (8-10 день), снижение числа папулезных элементов, их уплощение (12-14 дни) (индекс SCORAD уменьшился на 74%). Во второй группе уменьшение зуда отмечалось к 10-12 дню лечения, уменьшение интенсивности эритемы и уплощение папулезных элементов регистрировалось к 16-20 дню лечения, (индекс SCORAD уменьшился более чем на 52%). В итоге под влиянием этапного последовательного лечения «Протопиком 0,03%» клиническая ремиссия в первой группе отмечена - у 82% (n=28) больных, значительное улучшение - у 11% (n=3), улучшение - у 7% (n=2); во второй группе клиническая ремиссия - у 57% (n=8) больных, значительное улучшение - у 14% (n=2), улучшение - у 29% (n=4); ухудшение состояния не наблюдалось ни в одной из групп.

Вывод. Последовательное применение разнообразных лекарственных форм «Протопика 0,03%» при различных формах АД позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз заболевания, обеспечивая высокую безопасность.

СОВРЕМЕННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*Ганиев А.Г., Темирова О.Н., Назаров К.Д.
Андижанский государственный медицинский институт
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Актуальность проблемы. Atopический дерматит - (АтД) является наиболее распространенным хроническим воспалительным заболеванием кожи и самым ранним проявлением аллергии у детей. В большинстве случаев АтД начинается в первые месяцы жизни, проявляется широким спектром клинических симптомов, трудно поддается лечению. У детей, страдающих АтД, часто формируются другие аллергопатии, у них отмечается склонность к возникновению пиодермии и инфекционных заболеваний. В связи с выраженным влиянием на качество жизни и социально-экономическими последствиями АтД является серьезной проблемой общественного здравоохранения.

Цель исследования. Исследовать клинко-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты гистоглобулина АтД.

Задачи исследования. Сопоставить клинко-иммунологические показатели у группы больных тяжелым АтД, получавших комплексную общепринятую терапию, и у группы больных АтД, получавших комплексное лечение в сочетании с гистоглобулином.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 45 пациентов, страдающих АтД. Среди них было 25 девочек и 20 мальчиков в возрасте от 6 до 14 лет. У всех пациентов имелись признаки экзацербации кожного процесса, постоянный зуд, повышенная возбудимость, беспокойство. У 22 детей сильный зуд приводил к расстройству сна. Диагноз впервые был установлен от 2 нед. до 8 лет тому назад.

В клинической картине АтД у детей преобладали генерализованные формы (58%) в виде экссудативного (55,9%), эритематозно-сквамозного с лихенизацией (24,7% и эритематозно-сквамозного 19,3%) вариантов течения. При постановке диагноза во всех случаях ориентировались на следующие признаки: - наличие заболевания в раннем возрасте;

- наличие аллергических заболеваний у родителей и/или родственников пробанда; - зуд кожных покровов разной интенсивности; - типичная морфология кожных высыпаний в виде стойкой гиперемии или преходящей эритемы, папуловезикулезных высыпаний на эритематозном фоне с экссудацией или инфильтрацией, сухости кожи, шелушения,

лихенификации; - типичная локализация поражения кожных покровов; - хроническое рецидивирующее течение; - высокий уровень общего IgE в сыворотке крови.

По данным аллергологического обследования у 32,2% детей с АД наблюдалось повышенное содержание общего IgE в сыворотке крови. Уровень общего IgE в сыворотке крови колебался от 215 до 3084 МЕ/мл (в среднем составил 547,7±5.93). 23 из 45 пациентов ранее получали повторные курсы терапии, включавшие антигистаминные препараты, пробиотики, пребиотики, наружные противовоспалительные средства, включая топические глюкокортикоидные препараты. Клинические проявления заболевания соответствовали возрастному периоду пациентов. У 24 детей в возрасте от 6 до 12 лет в клинической картине преобладали лихеноидные папулы сероватого цвета, фолликулярные папулы, эскориации. Патологический процесс был наиболее выражен в локтевых сгибах и подколенных складках, на шее, за ушными раковинами. Выявлялась разной степени выраженности отечность век с углублением естественных складок на них. На коже боковых поверхностей туловища, спины распространяются полусферовидные фолликулярные папулы. На кистях имелись инфильтрированные очаги. У 15 из 24 детей в этой группе отмечалась выраженная сухость кожных покровов, явления атопического

хейлита. У 14 пациентов ухудшение течения кожного процесса в холодное время года, улучшение – в летнее. У 6 из 24 детей выраженной зависимости кожного процесса от времени года не отмечалось. У 21 детей от 12 до 14 лет очаги поражения имели преимущественную локализацию в верхней части тела. Отмечена выраженная лихенификация в локтевых сгибах, подколенных впадинах. На руках очаги выявлялись

не только на сгибательной, но и на разгибательной поверхности. Диффузно располагались лихеноидные плоские полигональные и округлые полусферовидные папулы. У 1 девочки наблюдалось ухудшение течения кожного процесса в холодное время года, улучшение – в летнее. У 9 из 13 пациентов выраженной зависимости кожного процесса от времени года не отмечалось, но у 3 из них наблюдалось значительное улучшение

состояния после купаний в сочетании с солнечной инсоляцией в летнее время.

Критериями включения в настоящее исследование являлись: 1) клинические признаки атопического дерматита в стадии обострения; 2) степень тяжести атопического дерматита от 20 до 60 баллов SCORAD (у пациентов колебалась от 32.5 до 74.4 баллов); 3) возраст старше 4 мес. Критериями исключения являлись: 1) состояние эритродермии; 2) гиперчувствительность к компонентам применяемых средств; 3) возраст младше 6 лет;

4) терапия системными глюкокортикоидными средствами, средствами, восстанавливающими целостность кожного барьера и увлажняющими в течение предшествующих 4 нед. В ходе исследования была обязательной регистрация любых нежелательных явлений для дальнейшей оценки безопасности Гистоглобулина. Лечение всем пациентам проводилось в стационарных условиях. Гистоглобулин назначался внутрь 1 раз в сутки за 1 час до или через 2 часа после приема пищи. Доза для детей в возрасте от 6 до 14 лет составляла одна жевательная таблетка 5 мг в сутки. Индивидуального подбора дозировки для этой возрастной группы не требовалось. Продолжительность лечения составляла от 10-12 до 30 дней. После выписки из стационара родителям детей с АД рекомендовались принимать препарат в срок до 1 месяца. Оценка клинической эффективности Гистоглобулина проводилась через 10 и 30 дней. Помимо наружной терапии все пациенты получали внутрь антигистаминные средства в возрастных дозировках в течение первых 7-10 дней терапии. У всех больных, получивших Гистоглобулин, в динамике терапии оценивалась тяжесть кожного процесса с использованием стандартизованного индекса SCORAD. На основании результатов исследований сделать заключение о диагностической значимости изучения параметров иммунологической реактивности при тяжелом течении АД у детей раннего возраста и обосновать целесообразность включения гистоглобулинотерапии в комплексное лечение больных. У больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с гистоглобулином, в периоде клинической ремиссии отмечается нормализация большинства параметров иммунологической реактивности.

Выводы. Проведение больным АД комплексного лечения в сочетании с двумя курсами гистоглобулином с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных АД, получавших только комплексную общепринятую терапию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЕРЗИНА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

*Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Ботиров А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Аллергические заболевания (АЗ) являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем во всем мире. Сегодня в Украине, как и в других странах земного шара, наблюдается рост заболеваемости аллергической патологией не только среди взрослых, но и среди детей. Одними из распространенных проявлений аллергии в детской популяции являются респираторные аллергозы. К ним относятся заболевания, в патогенезе которых решающую роль играют аллергии, а в клинической картине на первый план выступают поражения органов дыхания. Аллергические поражения органов дыхания наиболее часто встречаются у детей раннего и дошкольного возраста. Считают, что аллергические заболевания носа, глотки и уха составляют 50–60 % от всех случаев заболеваний этих органов у детей. Основными клиническими формами респираторных аллергозов у детей являются аллергические риниты, синуситы, ларингиты, трахеиты, бронхиты, поллинозы и бронхиальная астма. Поскольку гистамин признан ведущим звеном в патогенезе АЗ, то в протоколах их лечения различные антигистаминные средства занимают достойное место. Лечение антигистаминными препаратами первых поколений было сопряжено со значительными ограничениями, такими как недостаточная продолжительность действий лекарственных средств, сонливость и др. Сегодня на фармацевтическом рынке появились современные антигистаминные препараты 2-го и 3-го поколений, отвечающие требованиям Всемирной организации ЕААЦИ/АРИА к современным антигистаминным средствам, которые способны селективно блокировать H1-рецепторы, не вызывают седативного эффекта и токсических реакций, не

взаимодействуют с другими лекарственными веществами и продуктами питания, а также способствуют быстрому наступлению клинического эффекта. К таким средствам относится антигистаминный препарат нового поколения Алерзин, который применяется для лечения пациентов с различными аллергическими состояниями и благодаря своей инновационной молекуле наиболее подходит для длительного применения.

Целью нашей работы было определение эффективности применения Алерзина у детей, страдающих аллергическим бронхитом.

Материалы и методы. Нами обследовано 75 детей в возрасте от 3 до 14 лет с респираторными аллергиями, которые находились в пульмонологическом отделении «ОДММЦ» г. Андижан. Основным диагнозом у всех детей был аллергический бронхит. Кроме этого, у 5 из них дополнительно наблюдался аллергический ринит, у 2 — аллергический трахеит и у 3 — атопический дерматит. Дети были разделены на 2 группы по 30 человек. В 1-й (основной) группе на фоне комплексного лечения все дети получали антигистаминный препарат Алерзин (в возрасте от 3 до 5 лет — по 10 капель (2,5 мг), от 6 до 14 лет — по 20 капель (5 мг)) в течение 2 недель, во 2-й группе (сравнения) антигистаминным препаратом был лоратадин, который назначался детям до 10 лет по 5 мг в сутки, старше 10 лет — по 10 мг в сутки. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести, продолжительности заболевания, выраженности клинических и функциональных симптомов аллергического бронхита. Все пациенты прошли стандартное аллергологическое обследование. Всем детям были исследованы кровь на эозинофилию и сыворотка крови на иммуноглобулин Е (IgE) до и после лечения. Эффективность применения антигистаминных средств оценивали по следующей шкале: — полная ремиссия (исчезли все симптомы); — значительное улучшение (большинство симптомов исчезло, но некоторые проявляются в слабой степени); — улучшение (выраженность большинства симптомов уменьшилась); — без эффекта; — ухудшение. Так, значения эозинофилов выше 5 % наблюдались у 9 (30,0 %) больных основной группы и у 7 (23,3 %) человек группы сравнения ($p > 0,05$). У всех детей обеих групп отмечался повышенный уровень IgE. Так, у детей из 1-й группы он составил $130,17 \pm 9,21$ МЕ/мл, а у детей из 2-й группы

$131,25 \pm 9,00$ МЕ/мл ($p > 0,05$) при референтных значениях до 25,00 МЕ/мл. До начала лечения всех пациентов беспокоил упорный и навязчивый, преимущественно ночной кашель на фоне нормальной температуры тела. Физикальные данные со стороны легких характеризовались единичными сухими и разнокалиберными влажными хрипами. По результатам спирографии изменений функции внешнего дыхания обнаружено не было. У детей, которые страдали еще и аллергическим ринитом, отмечались заложенность носа, приступы чиханья, ринорея и зуд со стороны слизистой носа, а у детей с симптомами атопического дерматита — характерные аллергические высыпания на коже в области верхних и нижних конечностей и на лице. После окончания 2-недельного курса лечения с применением антигистаминных средств симптомы аллергического бронхита уменьшились в обеих группах. Ухудшения не наблюдалось ни в одной из групп. Однако у детей из основной группы (Алерзин) эффект был получен у всех пациентов, причем полная ремиссия и значительное улучшение отмечались чаще (в 2,2 и 3 раза), чем в группе сравнения (Лоратадин). Данные клинической картины подтверждались результатами лабораторного обследования. Так, значения эозинофилов у всех детей из 1-й группы снизились до нормальных цифр, а у 2 детей из группы сравнения продолжали оставаться выше 5 %. У 10 детей (30,3 %) из 2-й (Лоратадин) группы уровень IgE остался примерно на тех же цифрах, что и до лечения. В то же время у всех детей из 1-й группы (Алерзин) уровень IgE снизился почти в 2 раза. И только у 4 (13,3 %) детей уровень IgE снизился в пределах 10 единиц. Каких-то побочных эффектов на фоне приема Алерзина не обнаружено ни у одного ребенка. Все пациенты после окончания курса терапии отмечали повышение качества жизни: улучшение настроения, сна, активности.

Выводы. Применение Алерзина в комплексном лечении аллергического бронхита способствует достижению клинической ремиссии, значительно уменьшает все его симптомы и улучшает качество жизни больных. У больных после курса лечения Алерзином отмечено более значительное уменьшение показателей маркеров аллергического процесса — IgE и эозинофилов крови, чем после приема Лоратадина. Алерзин хорошо переносится детьми, не вызывает побочных эффектов и может быть рекомендован для терапии аллергического бронхита.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ IGE К ЭНТЕРОТОКСИНАМ S. AUREUS КОЖИ ДЕТЕЙ С ИНФИЦИРОВАННЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Ганиев А.Г., Урумбаева З.О., Темирова О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Высокая распространенность атопического дерматита у детей, раннее начало и быстрое формирование хронических форм определяют данное заболевание как одну из актуальнейших проблем педиатрии. Атопический дерматит из-за соматических страданий, косметических дефектов, серьезных психосоциальных проблем резко снижает качество жизни как ребенка, так и лиц, ухаживающих за ним. Заболевание ложится определенным экономическим бременем на семью больного ребенка и общества в целом. Так, затраты на лечение больных, страдающих атопическим дерматитом, в США составляют более 7 миллиардов долларов. Большинство штаммов *S. aureus*, колонизирующих на коже детей, страдающих АД, способны продуцировать суперантигены. При этом не установлено зависимости тяжести АД от способности штаммов *S. aureus* секретировать энтеротоксины. Различия в тяжести АД становятся очевидными лишь после начала выработки организмом ребенка специфических IgE к суперантигенам *S. aureus*. Специфические IgE выявляются у 45-100% детей с АД. Наличие IgE к суперантигенам *S. aureus* может быть обусловлено использованием антибактериальных препаратов в комплексном лечении АД, поскольку антибиотик способен уменьшить выработку суперантигенов, даже если его концентрация не подавляет рост *S. aureus*.

Цель исследования. Изучить частоту выявления и уровень специфических IgE к энтеротоксинам *S. aureus* кожи детей с инфицированным АД и сопоставить наличие IgE с антибиотико-резистентностью *S. aureus*.

Методы исследования. Нами обследовано 75 детей в возрасте от 3 до 14 лет с атопическим дерматитом, осложненным выраженным вторичным инфицированием кожи, которые находились в аллергологическом отделении ОДММЦ г. Андижан. Методом иммуноферментного анализа определяли в сыворотке крови содержание общего IgE с

использованием диагностических наборов «ELISA» производства США, на аппарате «HumaReader HS» (Германия). Определение уровней специфических IgE к энтеротоксинам А и В золотистого стафилококка в сыворотке крови проведено у всех детей, соответственно, иммунохемилуминесцентным методом (ImmunoCap, Phadia AB, Швеция). Иммунологические исследования выполнялись в лаборатории ЦНИЛ АГМИ и в диагностическом центре «Farm Standard Luuks». За рубежом определяющими при выборе терапии являются результаты двойных слепых плацебо контролируемых исследований, показавших одинаковую клиническую эффективность противовоспалительной терапии при АД и сочетания противовоспалительных средств с антибактериальным препаратом, из-за чего назначение последних при АД не считают обоснованным. Вместе с тем воздействие антибиотика *in vitro* уменьшает выработку суперантигенов, даже если его концентрация не подавляет рост *S. aureus*. Таким образом, можно предполагать, что сложившаяся в Узбекистане (г.Андижан) практика назначения комплексной терапии инфицированного АД с использованием антибактериальных препаратов в составе наружных средств могла оказать влияние на снижение частоты выработки IgE к энтеротоксинам *S. aureus* у детей с бактериальным инфицированием АД. По результатам ранее проведенных исследований чувствительность к первым антибиотикам сохраняется с 2012-2014 гг. Таким образом, даже при наличии специфических IgE к энтеротоксинам *S. aureus* оксациллин остается эффективным препаратом для воздействия на этот микроорганизм при АД у детей.

Выводы. 1. У детей с инфицированным АД специфические IgE к энтеротоксину А золотистого стафилококка обнаруживаются в 29% случаев, к энтеротоксину В — в 36%, к обоим энтеротоксинам одновременно — в 25%, хотя бы к одному энтеротоксину — в 43% случаев. 2. Отрицательный результат определения специфических IgE к энтеротоксинам А и В получен у 61% детей.

FREQUENCY OF DETECTION AND LEVEL OF SPECIFIC IGE TO ENTEROTOXINS OF *S. AUROUS* OF THE SKIN OF CHILDREN WITH INFECTED ATOPIC DERMATITIS

Ganiev A. G.
Andijan State Medical Institute

Relevance: High prevalence of atopic dermatitis in children, early onset and rapid formation of chronic forms define the disease as one of the most urgent problems of Pediatrics. Atopic dermatitis due to somatic suffering, cosmetic defects, and serious psychosocial problems dramatically reduces the quality of life of both the child and those caring for them. The purpose of this study was to assess the prevalence and level of specific IgE to Enterotoxins of *S. aureus* of the skin of children with infected atopic dermatitis and to correlate the presence of specific IgE to antibiotics with *S. aureus*.

Materials and research methods: We examined 75 children aged 3 to 14 years with atopic dermatitis, complicated by severe secondary infection of the skin that were in the allergological Department of DMMC the city of Andijan. The enzyme immunoassay was determined in the blood serum the content of total IgE using diagnostic kits "ELISA" made in the USA, using the "Huma Reader HS" (Germany). Determination of levels of specific IgE to Enterotoxins and *Staphylococcus aureus* in serum was performed in all children, respectively, immunochemiluminescent method (ImmunoCap, Phadia AB, Sweden). Immunological studies were performed in the laboratory CSRL ASMI and diagnostic center "Farm Standard Luks". The presence or absence of specific IgE to *S. aureus* Enterotoxins depending on planting resistant or sensitive to antibiotics of the strains were compared, estimating 95% confidence intervals (95% CI) of relative frequencies (q). Statistical processing was performed using software package "Statistica 8.0".

Research findings: Specific IgE to *S. aureus* Enterotoxins in children with ATD. Specific IgE to Enterotoxin A of *Staphylococcus aureus* was detected in 20 of the 73 children (incidence of 0.28; odds 2:5); to Enterotoxin b — in 28 of the 73 children (frequency 0.37; chances 3:5); at the same time to both Enterotoxins in 18 of the 75 children (frequency of 0.26; odds 2:5). The negative result of the determination of specific IgE to enterotoxins A and b obtained in 48 of the 75 children (frequency of 0.59).

The presence of specific antibodies to at least one enterotoxin was detected in 33 of the 75 children (frequency of 0.45). The chances to detect antibodies to any of the toxins compared to the chances when the levels of both toxins was not determined, was 3:4.

The obtained results together with the results of the study V. R. Veronica et al. showed that in the Russian Federation enterotoxins of *S. aureus* detects a much smaller number of children with atopic dermatitis and secondary infection than abroad, where IgE to *S. aureus* enterotoxins were found in overwhelming pain the majority of children. In our opinion, the differences may be due to therapeutic tactics. Abroad decisive in the choice of therapy are the results of double-blind, placebo-controlled studies, which showed the same clinical efficacy of anti-inflammatory therapy in atopic dermatitis and the combination of anti-inflammatory drugs with antibiotics, which last appointment with ATD do not consider justified. However, the impact of the antibiotic *in vitro* reduces the production of super antigens, even if its concentration does not inhibit the growth of *S. aureus*. Thus, we can assume that the situation in Uzbekistan (Andizhan) the practice of assigning complex therapy of atopic dermatitis infected with the use of antibacterial agents in the external means can influence the reduction in the frequency of production of specific IgE antibodies to *S. aureus* enterotoxins in children with ATD bacterial infection.

Conclusions: 1. In children with infected atopic dermatitis specific IgE to enterotoxin A of *Staphylococcus aureus* are found in 29% of cases, to enterotoxin b — in 36%, both enterotoxins simultaneously is 25%, to at least one enterotoxin in 43% of cases. 2. The negative result of the determination of specific IgE to enterotoxins A and b received 61% of children. 3. The number of children resistant to standard therapy Adt is 1:3 compared with children responding to standard therapy, due to the presence in their skin of resistant strains of *S. aureus* and simultaneous sensitization to its enterotoxins. 4. Specific IgE to *S. aureus* enterotoxins in patients with atopic dermatitis can occur in the presence of their skin antibiotic-resistant forms of *S. aureus*, and the presence of sensitive to antibiotics forms of this microorganism. 5. The detection of specific IgE to enterotoxins does not depend on the antibiotic resistance of *S. aureus*. 6. Toxicogenic strains remain sensitive to antibiotics, including oxacillin.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

*Ганиева М.Ш., Маматходжаева Г., Урумбаева З.О., Ходжамбердиева Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одной из проблем детской нефрологии являются инфекции мочевых путей. При сравнительном анализе факторов риска развития инфекции мочевыводящих путей у детей раннего возраста со здоровыми детьми установлено, что некоторые критерии могут быть использованы для ранней диагностики микробно-воспалительных заболеваний органов мочевыводящих систем и помочь прогнозированию осложнений.

Цель работы. Разработать критерии определения групп риска по развитию инфекции мочевых путей у детей.

Материал и методы исследования. С этой целью мы провели отдаленное катамнестическое обследование 100 детей в возрасте 3-18 лет (70 девочек и 30 мальчиков), перенесших инфекцию мочевыводящих путей в первые три года жизни (10 детей до 6 мес, 20 детей с 6-12 мес, остальные дети с 12 мес до 3 лет). Наряду с анализом анамнестических данных использованы клиничко-лабораторные, рентгенологические и фенотипические методы обследования. В контроле были изучены 30 здоровых детей.

Полученные результаты. Наибольшее значение для прогноза развития инфекции мочевыводящих путей в неонатальном периоде имеют следующие факторы: возраст матери, заболевания органов мочевыводящей системы у матери, у родственников по линии матери и отца, нефропатии беременных, угрозы выкидышей, осложненное течение родов. В то же время такие факторы как пол ребенка, наличие рН и NN антигенов эритроцитов не влияли на развитие инфекции мочевыводящих путей.

В процессе анализа исследований каждый признак оценивался в баллах, и было установлено, что у 82% здоровых детей сумма баллов не превышала 11, в то время как у детей, перенесших заболевания в неонатальном периоде, 73% имели 25 и более баллов. Новорожденным детям с суммой информативных прогностических баллов >24, детям первого года жизни – с суммой >14 баллов и детям 2-3 года жизни с суммой >11 баллов проводили профилактические клиничко-лабораторные обследования (анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность, клинический анализ крови, УЗИ органов мочевой системы). Высокую прогностическую ценность имели заболевания органов мочевыводящей системы и родственников по линии матери и отца и позднего токсикоза и нефропатии беременных, а также образ жизни семьи (особенности питания, использование различных источников воды, переохлаждение, вредные привычки родителей, родственные браки.)

Выводы: Таким образом, проведенные анализы позволили выделить наиболее информативные признаки развития инфекции мочевых путей. Использование балльной оценки этих критериев позволяет формировать группы риска возникновения инфекции мочевыводящих путей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ НЕФРОПАТИЯМИ

*Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Урумбаева З.О., Низамутдинов А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Немаловажной проблемой является лечение анемий у детей с приобретенным иммунодефицитом. Особенно необходимо уделять внимание возможной двойной причине анемии как на фоне самой ВИЧ-инфекции, так и в результате развития вторичной почечной патологии.

Цель исследования. Провести анализ клинических проявлений ВИЧ- ассоциированных нефропатий у детей и выявить сравнительную терапевтическую эффективность антианемических препаратов.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ медицинских данных среди ВИЧ-больных 12 детей с нефропатией в нефрологическом отделении ОДММЦ г. Андижан. Возраст детей был от 6 до 18 лет. Всем обследуемым детям провели клиничко-анамнестическое исследование, развернутый анализ крови, мочи, УЗИ почек. Функцию почек оценивали на основании коэффициента КФ и биохимических анализов крови. Дополнительно проводили пробы Зимницкого и Нечипоренко. В плане лечения больных использовали традиционную ферротерапию в виде Феррумлека в инъекциях и Биоферона перорально. Курс лечения составил 1-3 месяца.

Результаты исследования. В ходе наблюдения у больных отмечалось относительно медленное наступление клиничко-лабораторной ремиссии, однако ее продолжительность была длительной. Больные, получавшие АРВТ, быстрее набирали вес, у них быстрее наступала ремиссия, самочувствие больных было удовлетворительным, быстрее улучшался аппетит. Развития хронической почечной недостаточности с летальным исходом в наших наблюдениях не было. Коррекция анемии проводилась под динамическим мониторингом уровня гемоглобина и эритроцитов у наблюдаемых больных. Высокий терапевтический эффект был отмечен в результате применения комплекса препаратов Феррумлек и Биоферрон в виде сиропа.

Выводы:

1. У больных с ВИЧ нефропатией в клинике преобладали признаки полиорганной недостаточности и отставания в физическом развитии.
2. Для лечения анемий у больных с ВИЧ эффективным было назначение Феррумлека и Биоферона, что проявилось в виде уменьшения общей заболеваемости, оптимизации физических показателей здоровья.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-НЕФРОПАТИЕЙ

*Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Журабаева Х.М., Хайдарова Л.Р.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Проблема лечения анемий у детей с приобретенным иммунодефицитом требует унификации подходов с учетом особенностей развития данной патологии.

Цель работы. Выявить сравнительную эффективность препаратов, используемых при лечении анемий у детей с ВИЧ-нефропатией.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 14 детей в возрасте от 0 до 12 лет с различными степенями тяжести анемии, развившейся как в результате почечной патологии, так и ВИЧ. Мы оставили в плане лечения больных традиционную ферротерапию. С учетом вирусной нагрузки и угнетения гемопоэза в целом применения препаратов, стимулирующих гемопоэз и иммунитет (в наших наблюдениях это иммунофер) и рациональная диета были необходимы. Иммунофер назначался перорально в возрастной дозе. Коррекция анемии проводилась под динамическим мониторингом уровня гемоглобина и эритроцитов у наблюдаемых больных. Высокий терапевтический эффект был отмечен в результате применения препарата Иммунофер в виде сиропа для перорального приёма. Курс лечения составил 1-3 месяца. В результате приема данного препарата в сочетании с отмечено более быстрое исчезновение клинических признаков анемии, побочные симптомы в виде диспепсии, аллергических реакций не отмечались.

Выводы: Иммунофер отличился и иммуностимулирующими качествами, что проявилось в виде уменьшения общей заболеваемости, оптимизации физических показателей здоровья.

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИТАМИ

*Ганиева М.Ш., Журабаева Х.М., Болтабоева М.М., Маматхужаева Г.А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Почки – это важный орган, участвующий в поддержании баланса кальция и фосфора. При нарушении функции почек нарушаются все звенья фосфорно-кальциевого обмена.

Цель работы: Установить частоту и характер нарушений фосфорно-кальциевого обмена и костного метаболизма при хронических пиелонефритах у детей для оптимизации их терапии.

Материал и методы исследования: Проведено клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 100 пациентам нефрологического отделения ОРДММЦ г.Андижан с хроническим пиелонефритом - 72 (72%) девочки и 28 (28%) мальчиков. Длительность основного заболевания составила от 1 года до 14 лет. Возраст обследуемых детей был от 3 до 18 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста.

При объективном осмотре особое значение уделялось оценке признаков остеопороза: обязательным было измерение и оценка антропометрических показателей — длины и массы тела, окружности грудной клетки, деформации трубчатых костей, грудной клетки, позвоночника, ломкости ногтей, выпадения волос и т.д. Лабораторное обследование включало определение биохимических показателей фосфорно-кальциевого обмена.

Результаты исследований. Проведенное клинико-анамнестическое обследование больных детей показало, что у 20 (20%) были верифицированы необструктивные (первичные) формы хронического пиелонефрита (дисметаболические нефропатии, почечный дизэмбриогенез), у 80 (80%) — обструктивные (вторичные) формы.

Анализ антропометрических данных показал, что распределение общей массы больных хроническим пиелонефритом по группам физического развития было нормальным. Но нами отмечено, что у больных в препубертатном периоде имелись значительные нарушения физического развития, которые проявлялись у мальчиков — замедлением, у девочек — ускорением, которые, возможно, связаны с асинхронизацией и дисбалансом в действии половых гормонов и СТГ, клинические признаки остеопении в виде ломкости ногтей регистрировались у 56,5% детей с хроническим пиелонефритом и ДМН, быстрая утомляемость, особенно после физической нагрузки, выявлялась у 43,5% пациентов (контрольная группа – 28,57%, $p < 0,005$), ломкость и выпадение волос, изменение осанки и боли в нижних конечностях фиксировались приблизительно в равных количествах и составляли 39,1; 39,1 и 34,8% соответственно. У 14 больных имелась сопутствующая ортопедическая патология в виде сколиозов и кифозов. Более половины детей (67%) имели хронические заболевания ЛОР-органов. По результатам ультразвуковой остеоденситометрии нами были выделены две сопоставимые по полу и возрасту группы детей, у которых проводилось определение уровней кальцийрегулирующих гормонов и маркеров костного ремоделирования.

Выводы:

У детей с хроническим пиелонефритом по сравнению со здоровыми детьми наблюдаются достоверно низкие средневозрастные показатели структурно-функциональных свойств костной ткани.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Ганиева М.Ш., Журабаева Х.М., Болтабоева М.М., Маматхужаева Г.А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Течение гломерулонефрита определяется в основном его морфологической основой. В связи с этим подход к лечению строится на данных иммуноморфологического исследования, клиники и исходов предшествующих лечебных мер.

Цель исследования: Определить оптимальные подходы к лечению различных форм гломерулонефрита у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 156 детей с гломерулонефритом. По полученным результатам отмечается выраженная тенденция роста больных детей гломерулонефритом с нефротическим синдромом (НС) и врожденным нефротическим синдромом. Н.С. характеризуется чередованием рецидивов и ремиссий и высокой чувствительностью к кортикостероидам (КСТ). Согласно классификации НС выделяют гормоночувствительные, нерезидивирующие, хронически рецидивирующие, с частыми рецидивами, стероидрезистентные варианты.

Результаты исследования. Так как стандартный лечебный режим ребенка с впервые диагностированным нефротическим синдромом включал кортикостероиды, в лечении этих детей мы использовали в качестве базисного препарата преднизолон в дозе 2 мг/кг до 6 недель. При этом ремиссия наблюдалась у 90% больных и далее переходили на перемежающую схему преднизолона через день до 6 недель, далее первоначальную дозу снижали до поддерживающей, равной 0,3-0,5 мг/кг в сутки и с последующей отменой. Более эффективным оказалось назначение преднизолона по данной схеме. При этом по сравнению с группой контроля реже отмечались побочные проявления стероидной терапии, риск рецидивов уменьшился. При отсутствии положительной динамики после 8-недельного курса преднизолонотерапии состояние расценивалось как проявление стероидрезистентности и в комплекс лечения был включен сандиммун или азатиоприн. По результатам годового наблюдения рецидив наблюдался у 15% больных 2 раза, у 25% 1 раз, у 19% рецидива не было. Среди больных с частыми рецидивами, первый рецидив наблюдался в течение 6 месяцев.

Выводы:

1. Необходимо в зависимости от варианта нефротического синдрома каждом конкретном случае нефротического синдрома индивидуально выбирать схему базисной терапии – кортикостероиды или их комбинацию с цитостатиками.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ - НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ

*Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М., Болтабоева М.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Нефронофтиз Фанкони (синоним: семейный ювенильный нефронофтиз) относится к семейным заболеваниям с аутосомно-рецессивным типом наследования и характеризуется полиурией и полидипсией, постепенным развитием ХПН. Возможны нечастые случаи спорадического заболевания.

Этиология и патогенез. Остаются неясными. Предполагают, что первичным является дефект в ферментных системах дистальных канальцев, ведущий к дегенерации их эпителия и фиброзу интерстициальной ткани. Как правило морфологические перемены в дистальных канальцах более выражены, чем в проксимальных, перемены в клубочках являются вторичными. В некоторых ситуациях в субкапсулярной части наблюдаются расширение клубочков, и небольшое число кист (диаметр 2-8 миллиметра) в области собирательных трубок, в петле Генле и в дистальных канальцах, которые имеют вторичное происхождение и сопровождаются утолщением базальных мембран и дегенерацией эпителия. Отсутствуют гломерулярные отложения иммуноглобулинов.

Клиническая картина. Старт заболевания незаметный. Первыми симптомами являются полидипсия, полиурия и никтурия, которые появляются в возрасте 2-3 лет и на протяжении ряда лет могут быть единственными признаками патологии. Отеков нет, АД физиологическое, небольшая протеинурия (до 0,5- 1,0 г/сут). Часто отмечаются малокровие, время от времени приступы судорог неясного генеза, у большей части больных — отставание в росте (пропорциональное), часто остеопатия. На протяжении ряда лет может оказаться изолированное ограничение функции почек по осмотическому концентрированию, порой — сольтеряющий симптомокомплекс, и транзитное увеличение осмолярности плазмы в период обезвоживания.

Течение. Нефронофтиз имеет прогрессирующее течение с постепенным склерозированием интерстиция и клубочков, снижением клиренса эндогенного креатинина и развитием ХПН по тубулярному типу. При экскреторной урографии почки нормальных размеров или несколько уменьшены, отсутствуют симптомы аномалии развития мочевых путей.

Диагноз. Основывается на следующих данных: 1) семейный характер патологии; 2) появление первых симптомов патологии после 2-3-летнего возраста в виде полиурии, полидипсии и задержки физического развития; 3) нарушение концентрационной функции почек с последующим развитием ХПН в связи с неумолимо прогрессирующим течением патологии.

Нефронофтиз требуется дифференцировать от болезней, начинающихся с нарушения концентрационной и иных канальцевых функций и часто заканчивающихся ХПН, в том числе от симптомокомплекса Фанкони, который в отличие от нефронофтиза сопровождается глюкозурией, фосфатурией и аминоацидурией, свидетельствующими о поражении проксимальных канальцев. Ренальный тубулярный ацидоз характеризуется снижением Рн крови при Рн мочи не ниже 6,0; у таких больных нередки случаи нефрокальциноза и нефрокалькулеза, концентрационная функция почек на ранних этапах патологии сохранена; от интерстициального нефрита, являющегося результатом воздействия разных причин.

В отделение нефрологии ОДММЦ города Андижана 5.02.2018 года поступила больная девочка Ахмаджанова М. 2009 года рождения с жалобами на слепоту девочки с рождения, полиурию, жажду, тошноту, рвоту, изменения в анализах мочи, периодически боли в ногах, слабость, утомляемость. Из анамнеза выяснилось, что девочка до этого времени лечилась по поводу слепоты ОДММЦ в городе Андижан. В Ташкенте были на консультации учёных из Индии и при проведении общеклинических и биохимических анализов выявлена функциональная недостаточность почек. В связи с этим девочка была госпитализирована в нефрологическое отделение ТМА. Из анамнеза выяснилось, что девочка от 5 беременности, 4 родов, протекавших на фоне анемии, токсикозов. Брак родителей близкородственный. Старший и средний сын (родные братья девочки) погибли в возрасте 20 лет от ХПН. Физическое развитие девочки до 1 года и к настоящему времени протекало соответственно возрасту. Вскармливание было естественное до 1,5 лет. Вакцинировалась по плану. Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ, врождённая слепота.

Общее состояние девочки средней тяжести – в сознании, физическая активность сохранена. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 80/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с двух сторон. Мочится часто по-много. Моча светло-желтая. Суточный диурез до 3 литров в сутки. В анализе крови – гемоглобин 76-80 г/л, Эритроциты $3,4 - 3,6 \times 10^{12}$, лейкоциты $6,7 \times 10^9$, СОЭ 8 мм/час. В анализе мочи – удельный вес 1008, умеренная протеинурия, микроскопия осадка в пределах 5-7 лейкоцитов. В биохимическом анализе крови – общий белок 50 г/л, мочевины 28 ммоль/л, креатинин 240 мкмоль/л. На УЗИ почек – паренхима почек несколько гипэхогенная, структура сохранена.

В данное время девочка получает консервативное симптоматическое лечение, заключающееся в предупреждении обезвоживания (не ограничивается прием жидкости) и интеркуррентных болезней и антиазотемическое лечение леспенефрилом и нефропротекторы. Прогрессирование ХПН в дальнейшем предусматривает перевод ребенка на программный гемодиализ и подготовку к трансплантации почек.

Вывод. Данный случай является доказательством того, что причиной ряда почечных заболеваний являются близкородственные браки родителей.

РОЛЬ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ДИНАМИКЕ ГЕМАТУРИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ

*Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Зайнабидинова С.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Среди заболеваний почек у детей хронический гломерулонефрит занимает особое место в связи с возможностью развития хронической почечной недостаточности. Гематурическая форма хронического гломерулонефрита (ГФХГН) регистрируется у 22,1–24,1 % детей.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности противовирусной и иммунотропной терапии у детей с ГФХГН.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 8 детей с ГФХГН в возрасте от трех до 18 лет (в среднем $9,77 \pm 0,66$ года). Нефрологическое обследование проведено с использованием общеклинических, биохимических и инструментальных методов. Общеклинические методы включали исследование общих анализов мочи и крови, суточной протеинурии. Выраженность гематурии определяли по данным общего анализа мочи. В общем анализе мочи незначительной считали эритроцитурию до 10 в поле зрения, умеренной — от 10 до 60 в поле зрения, выраженной — от 60 в поле зрения до целого поля зрения. Для оценки функционального состояния почек определяли концентрацию креатинина в сыворотке крови, расчетную скорость клубочковой фильтрации (СКФ). На фоне стандартного лечения ГФХГН пациентам назначали киммунотропную терапию препаратом рекомбинантного α -2- β -ИФН (Виферон®). Виферон® применяли в дозе 150–500 тыс. ЕД в зависимости от возраста 2 раза в день. Эффективность проведенной терапии оценивалась путем проведения нефрологического иммунологического обследования через 6, 12 и 18 мес. наблюдения (т.е. через 3 месяца после завершения первого, второго и третьего курсов лечения).

Результаты. Иммунотропная терапия оказала положительный эффект на течение ГФХГН, что проявилось в следующем. На момент включения пациентов в обследование

выраженную эритроцитурию имели более половины из них. После первого курса лечения количество таких больных составило 1/3, после второго курса — 1/5 обследованных, после третьего курса — единичные пациенты. Следует отметить, что отчетливое снижение частоты эритроцитурии наблюдалось после каждого курса иммунотропной терапии. В результате через 18 мес. наблюдения эритроцитурия была представлена лишь умеренной и минимальной степенью. Частота рецидивов макрогематурии уменьшилась в два раза после первого курса терапии, в четыре раза — после второго курса и в 10 раз — после третьего курса по сравнению с данным показателем до лечения. Обращает на себя внимание тот факт, что число больных с рецидивами макрогематурии через 18 мес. наблюдения стало значительно меньше, чем до лечения, через 6 и 12 мес. наблюдения. Положительная динамика протеинурии отмечена после третьего курса терапии: данный симптом наблюдался у четверти пациентов, в то время как до лечения — у половины обследованных. Частота протеинурии свыше 1 г/л на фоне терапии уменьшилась до единичных случаев. Функциональное состояние почек в динамике наблюдения по данным креатинина крови, СКФ не отличалось от нормативов. При этом отмечено существенное уменьшение частоты тубулярных расстройств. Снижение относительной плотности мочи, зарегистрированное до лечения у 13 ($24,0 \pm 5,6$ %) больных, после третьего курса терапии встречалось у 7 ($13,5 \pm 4,7$ %) пациентов, $p < 0,05$. Существенное снижение частоты острых респираторных заболеваний отмечено уже через 6 мес., оно сохранялось и через 12, и через 18 мес. наблюдения. Если до назначения лечения частые ОРВИ наблюдались практически у 2/3 больных, то после трех курсов терапии такие дети составляли 1/5 часть обследованных. Лихорадка в виде длительного или преходящего субфебрилитета наблюдалась реже после первого курса терапии, через 12 мес. встречалась в единичных случаях, а через 18 мес. не зафиксирована ни у одного пациента. Частота астенического синдрома после первого курса лечения снизилась более чем в два раза, после второго курса — в 2,8 раза, после третьего курса — в 3,5 раза. Существенное снижение частоты лимфаденопатии, тонзиллита отмечено лишь через 18 мес.,

Выводы: 1. Применение повторных курсов иммунотропной терапии у детей с ГФХГН приводит к уменьшению выраженности эритроцитурии, частоты макрогематурии, тубулярных расстройств.

2. Существенная положительная динамика состояния здоровья у детей с ГФХГН наблюдается после третьего курса иммунотропной терапии, что проявляется уменьшением респираторной заболеваемости, частоты астенического синдрома, лимфаденопатии, тонзиллита.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Ганиева М.Ш., Хамдамов Н.М., Маджидова Н.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Проблема прогрессирования гломерулонефритов рассматривается с позиции многостороннего анализа, который включает не только иммунные механизмы, но и нарушения гемодинамики, гемокоагуляции, метаболических сдвигов.

Цель работы: оценить эффективность иммунорикса у детей с нефротической формой хронического гломерулонефрита (ХГН).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 22 ребенка с хроническим гломерулонефритом с нефротической формой в возрасте 8-15 лет. Средняя продолжительность заболевания составляла 3 года. Учитывая иммунные механизмы поражения почек при ХГН, мы посчитали целесообразным включить в комплекс лечения препарата Иммунорикс, обладающего иммуномодулирующим и антиоксидантным свойствами. Эти дети составили основную группу. Контрольную группу составили дети с аналогичным диагнозом, в комплекс лечения которым не был включен Иммунорикс. Критерием анализа эффективности лечения Иммунориксом было время достижения ремиссии, ее продолжительность, а также срок нормализации измененных иммунологических показателей.

Результаты. Полученные результаты показали подтвердили иммуномодулирующий эффект Иммунорикса, что выразилось в увеличении в сыворотке крови Т-хелперов, снижении Т-супрессоров, а также тенденции к нормализации уровня иммуноглобулинов А, G а также циркулирующих иммунных комплексов. Клиническая и лабораторная ремиссия у детей основной группы была достигнута на 4-5 дней раньше, а число обострений болезни, связанных с нарушением режима и диеты, а также присоединением интеркуррентных заболеваний в 3,7 раза было ниже в 2,4 раза. У детей основной группы необходимость назначения антикоагулянтов была относительно короче (на 3-5 дней), быстрее нормализовывались метаболические изменения в виде азотемии и ацидоза.

Выводы: Включение в комплексную терапию хронического гломерулонефрита препарата Иммунорикс может рассматриваться с позиции его положительного эффекта при лечении иммунокомплексных заболеваний, что подтвердили такие критерии, как сокращение сроков рецидивов болезни, сравнительно быстрая нормализация показателей иммунитета и гемокоагуляции.

USE OF POLIOXIDONIY BY PREMATURE CHILDREN WITH INNATE INFECTIONS

*Ganieva M.Sh., Boltaboyeva M.M., Urumbayeva Z.O.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Lately there was a tendency of increase the number of children born with innate infections. The latter flows especially hard by premature children and frequently gives lethality.

The purpose of the study: To show the effectiveness of Polioxidoni by premature children with innate infections.

Materials and methods of research: The research was done in the department of newborns of the Central regional hospital of Kurgantepa. We controlled 13 children, innate infected with different degrees of premature. To compare we took 7 premature children with the same pathology. In the 1st group of children we added non specific immune corrector Polioxidoni (0,1 ml/kg) besides traditional treatment. The whole courses were 10 everyday injections. The latter stimulates the function of B- and T-lymphocytes, the producing of serum and secret immune globins Ig A, Ig M, Ig G, and also the activation of killers. The children in the comparative group were on traditional treatment.

Results: The gained results testify that in the first group of children got Polioxidoni the quicker elimination of intoxication (normalization of skin temperature, activating the suction, absence of regurgitation and vomiting), and besides more intensive weight increase, improving the emotional tonus was mentioned rather than in the comparative group. And also the decrease of the need for antibiotics and days at hospital was mentioned after the use of Polioxidoni. It is relatively cheap drug, and also after taking into consideration the reduction of antibiotics usage the economic effect of 5-6 sums for each child was got.

Conclusion: So the use of Polioxidoni by premature children with innate infections eliminates the features of the disease quicker, accelerate recovery, strengthen the immune system of the organism.

IMMUNOLOGICAL PARAMETERS OF BLOOD IN THE GASTROINTESTINAL FORM OF FOOD ALLERGY IN CHILDREN

*Ganieva Sh.Sh.
Bukhara state medical Institute*

The problem of food allergy (FA) is extremely relevant all over the world.

The purpose of the study: Learning the parameters of immunity in children with gastrointestinal food allergies.

Research materials and methods: 33 sick children under 18 years of age with a gastrointestinal form of FA were followed up and immunological blood tests were performed.

Discussion: Immunological parameters of blood showed a deficit in the relative and absolute number of CD3+ and CD4+ lymphocytes, as well as the absolute number of CD8+ lymphocytes against the background of an unreliable increase in killer (CD16+) activity. In our studies, the established deficit of CD8 + T cells in FA is reliable in relation to their absolute concentrations- 238 ± 12.0 ml against the control - 372 ± 13.0 ml (P<0.05). It was found that the level of B-lymphocytes was significantly higher- 28.8 ± 1.2 mg% of the control values- 25.4 ± 0.8 mg% (P < 0.05). Also, there was a significant increase in the relative and absolute

levels of CD23 + cells-12.2± 0.8 mg% and 165 ±5.0 ml against the control-9.4 ± 0.3 mg% and 145 ± 3.0 ml, respectively. An increase in CD23 + lymphocytes confirms the acute phase of the allergic process. In the study, patients with FA showed a significant 4-fold increase in Ig E-88.67±4.84 mcl in relation to the control parameters-22.0 ± 1.2 mcl (P<0.001), a significant increase in the concentration of IgA-8.8 ± 1.2 g/l against 3.1 ± 0.5 g/l in the control and IgG-21.5±1.0 g/l against 14.8 ± 1.0 g/l in the control (P < 0.05). The IgM concentration had an unreliable upward trend relative to the control.

Conclusion: The data obtained indicate that FA is characterized by the formation of a secondary immunodeficiency state and infection against the background of a hyporeactive syndrome with an increase in the process of antibody formation. CD8+ lymphocyte deficiency contributes to the formation of chronic diseases of the gastrointestinal tract with an autoimmune mechanism. The marked significant increase in the level of CD23 + lymphocytes indicates allergic sensitization of the body in chronic diseases of the gastrointestinal tract.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

*Гафуров А.А., Ибрагимов Ж.Х., Туракулов З.Ш., Абдурахмонов Ф.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы повышения качества диагностики и эффективности лечения детей, больных спаечной болезнью кишечника, продолжает оставаться в практическом здравоохранении главной. Известно, что спаечная кишечная непроходимость - это нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта. Она является одним из проявлений спаечной болезни брюшины, характеризующейся наличием внутрибрюшных спаек и сращений.

Цель исследования. Унификация подхода к больным с подозрением на ОСКН и рентгенологическая характеристика функции ЖКТ у детей с ОСКН.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 35 детей, поступивших с клиникой острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Самая малочисленная группа - дети до 4 лет - 12 (34,3%). Основная масса поступивших представлена детьми от 8 до 14 лет - 23 (65,7%). Мальчиков - 21, девочек - 14.

Результаты и их обсуждение. Одним из эффективных критериев консервативной терапии (в том числе предоперационной) являлась рентгенологическая характеристика функции ЖКТ. У детей (88,5%), поступивших в детскую клинику на уровне приемного отделения, была проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении. Двум (5,71%) детям рентгенологическое обследование не проводилось, так как они поступили в стационар с клиникой острого аппендицита, без оперативных вмешательств в анамнезе. Двое (5,71%) детей были взяты в операционную в связи с очень выраженным болевым синдромом без рентгенологического обследования. Из 31 ребенка у 12 (38,70%) детей при этом определялись типичные рентгенологические признаки дисфункции кишечника, как самостоятельно, так и в сочетании друг с другом (уровни жидкости в разных отделах брюшной полости, газовые пузыри кишок и ассиметричное газонаполнение кишечника). Уровни жидкости были найдены у 77,4% из 12 пациента, газовые пузыри кишок у 41,98% и ассиметричное газонаполнение кишечника с зоной гомогенного затемнения у 45,26% детей. Особое значение мы придаем третьему фактору (ассиметричное газонаполнение кишечника), так как считаем, что он является одним из косвенных признаков, указывающих на спаечный конгломерат, где газонаполнение снижено. Среди оперированных детей, которым выполнена обзорная рентгенография (9 ребенка из 16), данный показатель был выше и составил 56,25%. При контрастном исследовании ЖКТ с 10% сульфатом бария придавали значение задержке продвижения бария, который концентрируется в виде «депо» в каком-либо участке ЖКТ. Мы считаем его решающим в определении тактики. Метод возможен только при отсутствии рвоты или обильного отделяемого по назогастральному зонду, что не позволяет провести его у всех больных и, следовательно, его значимость снижена. Нами этот прием использован у 27 (87,09%) больных и у 9 (29,03%) выявлено «депо» сульфата бария перед препятствием. Данный показатель выше у оперированных пациентов, которым контролировалось продвижение контрастного вещества по ЖКТ. Он составил 70,96%.

Выводы. Таким образом, мы считаем, что если газонаполнение снижено, является одним из косвенных признаков, указывающих на спаечный конгломерат. Среди оперированных детей, которым выполнена обзорная рентгенография (9 ребенка из 16), данный показатель был выше и составил 56,25%.

СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОГО БАРЬЕРА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

*Геллер С.И., Камилова А.Т.
Республиканский специализированный научно-практический центр Педиатрии
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Целиакия (CD) - это аутоиммунное заболевание кишечника, вызванное непереносимостью глютена - пептида пшеницы, ячменя и ржи, характеризующееся мальабсорбцией в результате воспалительного повреждения слизистой тонкой кишки. Заболевание является достаточно распространенным и встречается примерно в 1% в западной популяции. Представление об основных функциях желудочно-кишечного тракта традиционно ограничивалось лишь перевариванием и всасыванием питательных веществ, электролитов и регуляцией водного гомеостаза. Более внимательный анализ анатомической и функциональной схемы желудочно-кишечного тракта, однако, предполагает, что другой чрезвычайно важной функцией этого органа является его способность регулировать обмен макромолекул между окружающей средой и организмом через барьерный механизм

Материалы и методы. Нами было обследовано 62 детей, из них 28 с впервые выявленной целиакией, 14 больных с ранее установленным диагнозом, соблюдавших аглютенную диету и 20 практически здоровых детей аналогичного возраста составили контрольную группу. Всем детям в качестве скрининга проводилось исследование антител к тканевой

трансглутаминазе Ig A и общий Ig A. Всем пациентам проводили биопсию залуковичного отдела тонкой кишки, морфологические изменения слизистой тонкой кишки основывались на критериях, разработанных Европейским обществом детских гастроэнтерологов и нутрициологов. У всех детей были исключены инфекционные и паразитарные заболевания (лямблиоз, амебиаз).

Мы использовали неинвазивный способ определения проницаемости кишечной стенки (по методу Петрова В.И., Новочадова В.В., Смоленова И.В., Дегтевой Н.В., 2003 год). Для осуществления данного метода перорально вводилась пациенту эквимоларная смесь (по 0.025 М/л) лактулозы и маннита из расчета 5 мл/кг массы. Затем в течение 3 часов осуществляли сбор мочи.

Для определения содержания восстанавливающих сахаров (до 90% из которых в условиях проводимой нагрузочной пробы составляет лактулоза) к 2 мл мочи прибавляли 1 мл 2н. раствора NaOH и 1 мл 0.3% водного раствора 2.3.5-трифенилтетразолия. Оставляли на 5 минут при комнатной температуре. Появляющуюся розовую окраску закрепляли прибавлением 1 мл 2М раствора уксусной кислоты (проба Л). Для определения содержания полиспиртов (подавляющую часть которых в условиях проводимой нагрузочной пробы составляет маннит) параллельно, в другой пробирке (проба М), к 2 мл мочи прибавляли 0.1 мл 0.03М раствора метапериодата натрия, оставляли на 5 минут, а затем проводили реакцию, как с пробой Л. Обе пробы спектрофотометрировали против разбавленной физиологическим раствором (1:1) мочи при длине волны 485 нм на спектрофотометре UltrospecII (LKB BIOCHROM).

Расчет соотношения осуществлялся по формуле: $K = \frac{M-L}{L}$,

Л где К- показатель проницаемости, М – оптическая плотность маннита, Л – оптическая плотность лактулозы.

Результаты. Средний возраст больных в первой группе составил – $6,1 \pm 1,2$ года, во второй группе – $6,2 \pm 1,5$ года, в контрольной группе – $6,1 \pm 3,8$ года. Среди пациентов с целиакией преобладали девочки. Соотношение мальчики/девочки в группе пациентов с впервые выявленной целиакией было – 8/20, среди детей на аглютеновой диете – 4/10, в контрольной группе – 5/15. Среди детей, диагноз которым был установлен впервые, классические признаки заболевания присутствовали у 21 (75,0%), атипичное течение определяли у 7 (25,0%) детей. Клиника у пациентов с классическими симптомами заболевания проявлялась диареей, выраженным метеоризмом и нутритивной недостаточностью, пациенты с отставанием в росте и рефрактерной анемией без явных диспепсических проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта, были отнесены в группу детей с атипичным течением целиакии.

Практически все дети были с поздно установленным диагнозом целиакии. Так, если при классической форме заболевания возраст манифестации заболевания составил 30, $7 \pm 5,5$ мес, то возраст установления диагноза был 71, $1 \pm 11,2$ месяцев. Хуже ситуация была у детей с атипичной формой заболевания. Возраст первых проявлений заболевания (анемия, отставание в росте) составил 37,9 $\pm$ 12,7 мес, диагноз целиакии был установлен в 95,0 $\pm$ 20,0 мес.

Снижение масса-ростового индекса было характерно для детей с классической формой заболевания, у которых у 6 детей имело место среднетяжелая и в 2 случаях – тяжелая белково-энергетическая недостаточность, при атипичной форме заболевания 4 пациента имели нормальные показатели индекса массы к росту, остальные 3-среднетяжелую форму белково-энергетической недостаточности.

Следует отметить, что в обеих группах отмечены высокие показатели антител к тканевой трансглутаминазе, многократно превышающие показатели здоровых детей, за исключением 3 пациентов с селективным дефицитом Ig A (при классической форме уровень тканевой трансглутаминазы IgA был - 187.2 $\pm$ 17,9 Е/мл, при атипичной - 183,4 $\pm$ 31,2 Е/мл). Морфологическая картина залуковичного отдела тонкой кишки характеризовались преимущественно деструктивными (46,4%), атрофическими (25,0%) и гиперпластическими изменениями (21,4%).

Мы определили состояние проницаемости тонкой кишки детей с целиакией, разделив их на 3 группы: первично установленная целиакия (28), дети, находящиеся на строгой аглютеновой диете, с положительной динамикой регрессии клинических признаков (6) и с рефрактерным течением заболевания (8). Результаты проведения теста с маннитом и лактулозой показали, что во всех трех группах отмечалось повышение проницаемости кишечной стенки по сравнению с контрольной группой из здоровых детей ($0,3 \pm 0,02$ оптических единиц, $p < 0,05$), наиболее заметное при впервые установленной целиакии ($-0,1 \pm 0,05$). Соотношение маннита и лактулозы в также было значительно снижено при рефрактерной целиакии $0,05 \pm 0,004$ опт.ед, что подтверждает нарушение целостности кишечного барьера. У детей на фоне безглютеновой диеты значение Л/М сдвинулось ближе к норме $0,14 \pm 0,001$, но все же не достигло значений контрольной группы.

Заключение. Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что наблюдается повышение проницаемости кишечного барьера у детей с целиакией, наиболее выраженное у детей с только выявленным диагнозом. При рефрактерном течении целиакии также наблюдается нарушение проницаемости кишечной стенки.

ГЕМАТУРИЯ КАК СИМПТОМ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Гематурические нефропатии характерны для различных заболеваний или состояний и могут быть либо спорадическими и приобретенными, либо семейными и наследственными. Некоторые из генов, обуславливающих развитие гематурических вариантов гломерулопатий до сих пор неясны.

Цель исследования: Определить распространенность наследственных нефропатий с гематурией среди детей Андижанской области.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 детей в возрасте от 3-х до 15 лет с различными заболеваниями почек, протекавшими с гематурией. Из них у 14 детей был диагностирован острый и хронический гломерулонефрит, у 16 детей - тубулоинтерстициальный нефрит (9-токсико-аллергического, 7- обменного и дизонтогенетического генеза). Всем больным в динамике проводилось исследование морфологии эритроцитов крови, морфологии эритроцитов мочи методом фазово-контрастной микроскопии в камере Горяева, показатели всех звеньев системы гемостаза, показатели липидного обмена.

Результаты исследования позволили выделить нам преимущественно гломерулярный и негломерулярный тип поражения. Для гломерулярного типа поражения были характерны наиболее измененные формы эритроцитов - акантоциты, шизоциты и пойкилоциты (достоверные различия с $P < 0.05$ в таблице подчеркнуты). По литературным данным, наиболее типичными для поражения гломерул являются акантоциты. Наличие таких форм, как шизоциты и пойкилоциты, отражает также в значительной мере степень поражения гломерулярного аппарата. При исследовании системы гемостаза было выявлено, что содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов в крови коррелировало с содержанием шизоцитов в моче ($r = 0.60 \pm 0.15$) и крови ($r = 0.61 \pm 0.15$). Содержание липопропротеидов в крови было также связано с содержанием в моче шизоцитов ($r = 0.60 \pm 0.15$) и акантоцитов ($r = 0.42 \pm 0.17$). Изучение морфологических вариантов эритроцитов в мазке периферической крови показало, что у детей с гломерулярным типом поражения почек также выявлялись акантоциты, шизоциты и пойкилоциты.

Выводы. Следовательно, определение различных морфологических вариантов эритроцитов в моче может иметь важное значение для своевременной дифференциальной диагностики гематурий и служить одним из способов проведения своевременного обследования и раннего выявления наследственных гломерулопатий.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на имеющийся ретроспективный материал по лечению рака молочной железы у беременных и эффективность данной терапии в отношении РМЖ, сегодня практически не ведется никаких стандартизованных проспективных исследований, которые позволили бы оценить влияние данного типа лечения на плаценту и плод, а также влияния беременности на прогноз общей и безрецидивной выживаемости.

Цель исследования. Разработка тактики ведения беременности, родов и послеродового периода, а также противоопухолевого лечения у женщин с диагностированным раком молочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 82 женщины с диагностированным РМЖ. Из них у 44 женщин РМЖ был верифицирован на фоне существующей беременности. Для определения влияния полихимиотерапии (ПХТ), оперативного лечения на течение беременности, состояние здоровья новорожденных у пациенток с диагностированным РМЖСБ были выделены 2 группы: 1 группу составили 26 беременных женщин, получивших комбинированное лечение РМЖ во время беременности: оперативное лечение и ПХТ, либо только химиотерапевтическое лечение. 2 группу составили 18 женщин с диагностированным РМЖСБ, которые не получали лечения во время беременности.

Результаты исследования. Основные осложнения во время беременности у женщин больных РМЖ были связаны со специфическим воздействием химиотерапевтических препаратов на гемопоэз (миелосупрессия: снижение уровня эритроцитов, гемоглобина), на кожу и ее придатки (алопеция), влияния на частоту акушерских осложнений не выявлено. Во время беременности на фоне активного опухолевого процесса и противоопухолевой терапии риск тромбообразования значительно повышается. Проведение своевременной и адекватной антикоагулянтной терапии позволяет избежать ВТЭО и нарушений в системе мать-плацента-плод (тромбозы плаценты, плацентарная недостаточность).

На основании проведенного иммуногистохимического исследования плаценты было установлено снижение уровня экспрессии УЕОИ и БОБЗ в эндотелии терминальных ворсин в плаценте у беременных, страдающих раком молочной железы и получающих химиотерапию, что является компенсаторной реакцией плаценты на воздействие полихимиотерапии. Основная заболеваемость новорожденных связана с досрочным родоразрешением и как следствие - морфо-функциональной незрелостью и недоношенностью, а не с проведением противоопухолевого лечения.

При своевременном начале адекватного противоопухолевого лечения во время беременности общая и безрецидивная выживаемость женщин с РМЖСБ не отличалась от данных показателей у небеременных больных женщин с РМЖ.

Применение УЗИ и CORE-биопсии во время беременности являются безопасными, чувствительными и специфичными методами диагностики РМЖ, в ряде случаев для стадирования возможно использование МРТ. Проведение ПХТ (по схемам АС, FAC, FEC) и оперативного лечения (радикально^ мастэктомии, радикальной резекции молочной железы) во время беременности возможно после формирования плаценты (при сроке более 14 недель). Родоразрешение необходимо проводить не ранее чем через 3-4 недели после окончания последнего курса ПХТ.

Вывод. В результате проведенного исследования создан алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при обнаружении РМЖ во время беременности в зависимости от срока выявления и стадии заболевания. Определены показания для прерывания беременности или возможности ее пролонгирования. Разработан алгоритм ведения беременности у женщин с выявленным РМЖСБ, включающий мониторинг основных функциональных систем организма матери и состояние плода.

Разработан протокол профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у женщин больных РМЖСБ. Определены оптимальные сроки родоразрешения пациенток с данной нозологией, а также сроки начала противоопухолевого лечения в послеродовом периоде. Разработаны рекомендации по диспансерному наблюдению за состоянием здоровья детей, рожденных женщинами с выявленным РМЖСБ и получавших во время беременности противоопухолевую терапию.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА В РАЗВИТИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

*Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Основным фактором перинатального поражения головного мозга является гипоксия — внутриутробная и интранатальная. Внутриутробная гипоксия может возникать вследствие недостаточного насыщения крови кислородом, при снижении уровня гемоглобина в крови, нарушении кровотока и дезорганизации окислительных процессов в тканях плода.

Одной из главных причин перинатальной заболеваемости и смертности плода, по данным ВОЗ, служит преэклампсия (гестоз). Несмотря на развитие медицины, и в частности акушерско-гинекологической помощи, вопросы профилактики поражения плода гипоксического характера при преэклампсии остаются решенными явно недостаточно.

Следовательно, сложность в правильном выборе адекватных схем терапии (профилактики) внутриутробной гипоксии плода при преэклампсии беременных во многом зависит от недостаточных знаний по патологическим процессам, лежащим в основе развития этого грозного осложнения. Этому важнейшему вопросу акушерства и посвящена настоящая работа.

Цель исследования. Оценить роль нарушений липидного метаболизма, структурно-функционального состояния гемоглобина и плодово-плацентарного кровотока в развитии гипоксии плода при преэклампсии различной тяжести.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели и решения задач, поставленных в работе, методом были отобраны 95 пациенток. Была выделена группа сравнения в количестве 20 здоровых беременных с физиологическим течением беременности. Величины изученных показателей, полученные в контрольной группе, использовались в качестве отправной точки сравнения как физиологически нормальные значения. Также была выделена основная группа женщин с преэклампсией в количестве 75 пациенток.

Результаты исследования. У беременных женщин с преэклампсией ($n=75$) признаки хронической внутриутробной гипоксии плода регистрируются в 44%, из них с вызванной беременностью АГ без значительной протеинурией (легкой преэклампсией) ($n=25$) в 28 %, с преэклампсией средней тяжести ($n=25$) - в 44%, при тяжелой преэклампсии ($n=25$) в 60 %, а нарушения кровообращения в плодово-плацентарном комплексе II степени в 28, 32 и 60 % соответственно.

Одним из важнейших факторов, приводящих к нарушению кровотока в системе «плацента-плод», являются мембранодестабилизирующие явления в клеточных структурах сосудов пупочного канатика и эритроцитах пуповинной крови, обусловленные чрезмерной интенсификацией процесса перекисного окисления липидов и активизацией фосфолипаз. У плодов от беременных с преэклампсией, по сравнению с плодами от здоровых беременных, при РАМАН-скопии гемоглобина пуповинной крови определяются значительные структурно-функциональные модификации гемоглобина, проявляющиеся в виде увеличения относительного количества оксигемоглобина, уменьшения относительной способности гемоглобина связывать лиганды, роста относительной способности гемоглобина выделять лиганды, снижения сродства гемоглобина к кислороду, повышения уровня колебания метиновых мостиков гемоглобина и сопряжены с тяжестью преэклампсии.

Нарастание выраженности признаков гипоксии плода у беременных с преэклампсией находится в зависимости от выявленных структурно-функциональных изменений со стороны тканей сосудов пупочного канатика и эритроцитов пуповинной крови, сопряжены с нарушениями плодово-плацентарного кровотока и коррелируют с тяжестью преэклампсии.

Выявленные структурно-функционально-метаболические изменения со стороны тканей сосудов пупочного канатика и эритроцитов пуповинной крови свидетельствуют о том, что в тканях плода, так же как и в организме беременной женщины с преэклампсией, происходят процессы, связанные с нарушением организации клеточных мембран, что в свою очередь определяет основные патофизиологические и клинические проявления гипоксии.

Вывод. Проведенными исследованиями выявлено, что в развитии гипоксии плода у беременных с преэклампсией различной тяжести значимая роль принадлежит нарушениям липидного метаболизма со стороны тканей сосудов пупочного канатика и эритроцитов, а также изменениям структурно-функционального состояния гемоглобина пуповинной крови. Полученные сведения являются основанием для разработки новых схем профилактики и лечения гипоксии плода у беременных с преэклампсией.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

*Гозиева Ш.С., Гиясова Х.Б., Мамадалиева М.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на постоянно обновляющийся и расширяющийся арсенал антимикробных препаратов, являющих базисом противовоспалительного лечения, проблема лечения острого сальпингоофорита (ОС) остается до конца нерешенной.

Очевидно, что для достижения успеха лечения подобной патологии, помимо эффективной антибиотикотерапии, необходимо использование лечебных факторов с широким терапевтическим спектром, включающим коррекцию функционального состояния печени, метаболических нарушений, параметров общего иммунитета при минимальной фармакологической нагрузке на организм.

Морфолиний-метил-триазилил-тиоацетат (ММТТ) - это классический ге-патопротектор и антиоксидант, который отлично зарекомендовал себя в терапии заболеваний, связанных с инфекционным и токсическим поражением печени.

На протяжении целого ряда лет в различных областях медицины используется КВЧ-терапия, которая способствует оптимизации деятельности биообъекта на субклеточном, клеточном, тканевом, органном, системном и организменном уровнях.

Комбинированное использование этих двух лечебных факторов, как мы предполагали, патогенетически обосновано в комплексном лечении ОС.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с острым сальпингоофоритом за счет комбинированного использования КВЧ-терапии и морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленных в работе цели задач обследовано 120 пациенток возрасте от 19 до 39 лет с острым или обострением хронического сальпингоофорита.

Результаты исследования. Комбинированное использование КВЧ-терапии и морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата в комплексном лечении острого сальпингоофорита имеет высокую клиническую эффективность, что проявляется в быстром купировании основных симптомов заболевания, сокращении длительности госпитализации на 25%.

На фоне комбинированного использования КВЧ-терапии и морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата наблюдается коррекция показателей общего иммунитета — снижение концентрации ЦИК в 2,8 раза, уровня IgM на 39%, неоптерина в 2,0 раза, CD25+ лимфоцитов в 3,6 раза, увеличение CD3+ лимфоцитов на 25,8%, CD4+ лимфоцитов на 48,6%, иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+ на 41,7%, усиление фагоцитарной функции нейтрофилов крови.

При условии комбинированного использования КВЧ-терапии и морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата у больных острым сальпингоофоритом происходит усиление антиоксидантной системы защиты, что выражается в росте активности каталазы на 50%, супероксиддисмутазы на 43,2%. Интенсивность перекисного окисления липидов у пациенток данной группы снижается, о чем свидетельствует уменьшение 1таx на 56,5%, Б на 49,1%, tg 2 а на 36,4%, диеновых конъюгатов на 45,6%, триеновых конъюгатов на 54,5%, оснований Шиффа на 38%.

Комбинированное использование КВЧ-терапии и морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата у больных острым сальпингоофоритом обладает выраженным дезинтоксикационным действием, на его фоне СОЭ уменьшается в течение 7 дней на 32,9%, лейкоцитоз - на 20,4%, С-реактивный белок - на 15,2%, фибриноген — на 20%. Это сопровождается нормализацией функционального состояния печени — АсАТ снижается на 16,9%, АлАТ — на 16,7%, билирубин - на 15,2%, общий белок увеличивается на 21,6%.

Вывод. Полученные результаты позволили обосновать комбинированное использование КВЧ-терапии и морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата в качестве средства, оптимизирующего результаты комплексного лечения пациенток с острым сальпингоофоритом, уменьшить длительность их госпитализации.

HEAVY PREECLAMPSIA: FEATURES OF ANGIOGENIC STATUS

Gozieva Sh.S.

Andijan State Medical Institute

Relevance: Modern clinical, laboratory and experimental research methods are aimed at studying the mechanisms of occurrence and development of this obstetric complication. Many theories have been proposed, but even today we have to agree with Jeffcoate TN and Baksheev N. S., who called PE 50 “diseases of theories” and “diseases of riddles and assumptions” 50 and 40 years ago, as in the 1930s, most of the modern articles on the study of PE begins with the statement that the full causes of the development of this disease are unknown.

Diagnostic criteria are still based on nonspecific clinical and laboratory signs, and timely accurate recognition of PE development is an important task of modern researchers.

In the course of numerous studies, it has been shown that with endothelial dysfunction, which occurs during PE and leads to complications at the level of the placental vessels, the activity of factors synthesized by endothelium, or being its elements, changes. In addition, increased attention is paid to factors involved in trophoblast invasion at the turn of the I-II trimesters of pregnancy.

The purpose of the study: To study the clinical features of preeclampsia and to develop methods of modern treatment.

Materials and methods of research: From 2019 to 2020, 24,961 pregnant women were delivered to the AOCC. During this period, 244 women were diagnosed with severe preeclampsia, which is 0.98% of all hospital deliveries. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

Research findings: All pregnant women lived in satisfactory social conditions. Most of the patients had secondary (94 people; 38.52%) and specialized secondary education (67 people; 27.46%) and were rural residents (140 people; 57.36%)

In the structure of extragenital diseases in pregnant women with severe PE, the main share was diseases of the cardiovascular system (51.08%), among which hypertension predominated. A large number of obese patients are noteworthy (87 people; 46.77%), up to its morbid forms. It was not always possible to clarify the genesis of obesity and the patient's data were not separately assigned to this group of endocrinopathies. In third place among the diseases associated with PE, there is a pathology of the kidneys (32.26%), mainly chronic pyelonephritis (52 observations). In addition, there were pregnant women with thyroid diseases, diabetes mellitus (type I and gestational), as well as 16 people (8.6%) with chronic cholecystitis.

In the majority of the subjects, the menstrual cycle was regular normoponating, opsomenorrhea-type cycle disorder occurred in 3 (1.48%) cases, dysmenorrhea was observed in 5 (2.46%) cases.

Analyzing the gynecological history, it should be noted that 124 (61.08%) patients with severe PE had a history of gynecological diseases, 24 (11.82%) of them had a history of infertility (duration from 2 to 17 years).

In our study, we observed several clinical variants of PE: the classical Zangemeister triad was observed in 58.2% (142 women) cases, the edematous-proteinuric form occurred in 14.75% (36 cases) of observations, based on an isolated high AH diagnosis of severe PE It was delivered in 16.8% of cases (other criteria for severe PE joined the clinic).

Conclusions: The majority of pregnant women in the Stavropol Territory with severe PE 1. (58.2%) have a classic symptomatology of PE with the presence of the Tsangemeister triad. Severe PE significantly affects the term and method of delivery

(abdominal delivery of 70.5%, premature delivery took place in 61.07% of cases). A low mass of newborns from mothers with severe PE is characteristic (2240.92 g., SD 836.66), the majority (65.7%) are estimated by Apgar at 5-7 points, nursing children requires a long stay in the hospital with a transfer to the second stage of nursing (67.35%) and the use of modern resuscitation measures (mechanical ventilation, surfactant preparations). In severe PE, the serum level of adhesion molecules is 3. Indicators of endothelial dysfunction are higher, a high positive relationship is determined between them ($r = 0.74$; $p0.0001$), a significant difference occurs when sVCAM-1 is examined (1391 ± 308.33 and 966.2 ± 165.22 ng / ml, respectively ; $p0.05$).

CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN PREGNANCY: PECULIARITIES OF THE FLOW AND PERINATAL OUTCOMES

Gozieva Sh.S.

Andijan State Medical Institute Introduction.

Relevance: The frequency of detection of antibodies to hepatitis B and C in pregnant women ranges from 1-2.5% in countries of Western Europe, USA, Japan and Australia to 10% and higher in some countries in Africa and the Middle East. In regions of the Russian Federation with a moderate intensity of the epidemic process, the frequency of detection of a Δ -H Δ among pregnant women is 0.9% in 1997 and 2.8% in 2002. A higher frequency is registered among pregnant women at risk, among infected with human immunodeficiency virus it is 17-54% .

The purpose of the study: to study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C.

Material and methods of research: We conducted a retrospective analysis of 75 histories of labor with chronic viral hepatitis B and C and 76 (one twins) of newborn histories.

Research findings: The average age of pregnant women was 25.1 ± 3.72 years. Chronic viral hepatitis B was diagnosed in 25 patients (33.3%), 49 women with chronic viral hepatitis C (65.3%) and 1 woman with viral hepatitis B and C (1.3%).

The data of the social status assessment revealed disadvantages in the study group: unemployed, excluding housewives, 10 (13.3%); not married, excluding civil marriage, - 8 (10.7%); most patients had bad habits: smoking in 29 cases (38.7%), alcohol dependence was observed in 4 patients (5.3%), and addiction was detected in 10 (13.3%) patients.

When analyzing the available extragenital pathology, it was found that more than half of the women in the group (66.7%) were often ill during childhood and suffered several childhood infections. The most frequent cases of cardiovascular diseases (vegetovascular dystonia, hypertension) taken by us were diagnosed in the pregnant women (15.9%), diseases of the digestive organs (chronic cholecystitis, gastritis) -13.3%. 18 women (24%) had hepatitis A. When analyzing women's awareness of the diagnosis of viral hepatitis B or C before pregnancy, only 19 patients (25.3%) from the entire study group were aware of the existence of the diagnosis. According to WHO in developed countries, only 1 / 4-1 / 3 of young women are diagnosed with chronic HF prior to pregnancy [4, 5].

These estimates of the reproductive function indicated practically the same ratio of the first and the re-rooted - 45 (60%) and 30 (40%), respectively. He draws attention to the fact that among the primiparous first-pregnant women there were only 24 patients (53.3%), abortion predominated through spontaneous abortion - 13.7% or medical abortion - 26.7%. Gynecological history is burdened in every second patient, most often: inflammatory diseases of the pelvic organs - 18.6% of cases; Sexually transmitted infections - 17.2%.

The features of the current pregnancy testified that every other pregnant woman was not registered for pregnancy in a women's consultation (33, or 44%). In the patients of the study group, in most cases the pregnancy proceeded against a background of various complications. The most frequent in early terms were: the threat of termination of pregnancy - 17.2% of cases, early toxicosis - 21 pregnant (28%), anemia of pregnant women -6 (8%) cases. Uncomplicated during the first half of pregnancy was observed in 32 women (42.7%). The phases of exacerbation of viral hepatitis in the first half of pregnancy were not observed in any patient.

Conclusions: Testing for markers of viral hepatitis B and C three times (in every trimester of pregnancy) is a routine examination method that allows to reveal asymptomatic carriage of the hepatitis virus, but does not exclude the possibility of further infection. Viral hepatitis B and C have a negative effect on the course of pregnancy of both the first and second half, causing a threat of termination of pregnancy (13.3%), placental insufficiency (25.3%), moderate and severe preeclampsia (33.3%) . Each third pregnant woman (32%) exhibits changes in the biochemical parameters of blood (total bilirubin, aminotransfers, alkaline phosphatase, thymol test) in the direction of increase.

Based on our data and literature data, it can be reliably asserted that transplacental transmission of HBV and HCV C antibodies exists, as according to the data obtained, 6.7% of newborns are diagnosed with HBsAg, 58.7% have antibodies to SH C. In 36% of cases, HBsAg and antibodies to HCV were not detected. However, to solve the problem of possible infection of the child, a repeated laboratory examination of the blood for the presence of viral antibodies and RNA / DNA at 1-, 3-, 6-, 12-, 18-months of pregnancy is necessary.

CLINICAL SYNDROME IN EARLY POSTMANOPOUZE: SYSTEM METABOLIC CHANGES AND THEIR CORRECTION

Gozieva Sh.S.

Andijan State Medical Institute

Relevance: According to the forecasts of the World Health Organization with an increase in life expectancy by 2017, about a third of life a woman will be in post-menopause. Therefore, it is important to study the physiological and pathological processes in the body of a woman during the transition from reproductive age to old age and ensure the health, and, therefore, the quality of life, professional and social activity of women of this age.

In this regard, the use of herbal preparations and selective estrogen modulators is considered promising for the correction of COP. It has been established that these agents are capable of providing positive therapeutic and prophylactic effects without the risk of developing cancer in the reproductive organs and with minimal adverse reactions (Ovsyannikova TV, 2004). Despite the increased attention of experts in the field of climacteric to the use of phytoestrogens and phytohormones, their effectiveness in the relief of individual symptoms of CS and mechanisms of influence on metabolic changes in bone tissue, atherogenic factors and endothelial function in women with CS have not been sufficiently studied.

The purpose of the study was to increase the effectiveness of treatment of climacteric syndrome and correction of metabolic disturbances in the early period of natural postmenopausal by the use of phytohormones.

Materials and methods of research: In a randomized, parallel, simple, blind, placebo-controlled study, 88 women with a CS of a typical course that developed against a natural postmenopausal period of 1 to 5 years were included. None of the women with CS before participating in the study did not take hormonal or non-hormonal drugs to correct climacteric disorders. To identify postmenopausal metabolic changes, a group of 30 premenopausal women was formed whose average age was close to the age of women with CS.

Research findings: The results of the study showed that during the first five years of natural postmenopausal COP the clinical manifestation is mainly neurovegetative (in 100% of women) and psycho-emotional disorders (in 73.9% of women). The occurrence of psycho-emotional disorders 3-5 years after menopause is greater than in the first two years (89.1% and 33.3%, respectively, $p < 0.001$). The most frequent complaints were hot flashes (100%), sweating (100%), sleep disturbances (39.8%), drowsiness (40.9%), irritability (72.7%) and depressed mood (56.9%), as well as fatigue (69.3%).

Predictors of severe COP development in postmenopausal 3-5 years were hot flashes and sweating 1-2 years before menopause (RR 1.6, CI 1.4 ÷ 1.9, $P = 0.045$), absence of the menopausal period of the disorder menstrual function (RR = 1.7, DI 1.3 ÷ 2.1, $p = 0.038$). The severity of COP did not depend on the duration of postmenopause, the concentration in the blood of pituitary-ovarian hormones (LH, FSH, progesterone, estradiol), but positively correlated with the number of chronic extragenital pathologies ($r_s = 0.38$, $p = 0.024$).

After 3 months of treatment, the total MMI was reduced by 35%, after 6 months - by 49% without changes in the subsequent treatment period against the background of no significant decrease with placebo

Conclusions: In the first five years of natural postmenopausal menopause, the climacteric syndrome is clinically manifested primarily in neuro-vegetative (in 100% of women) and in psycho-emotional disorders (in 74% of women), which reduce the physical and psychological components of quality of life and are most severe in women with chronic extragenital diseases.

Predictors of severe course of climacteric syndrome in the first five years of natural postmenopausal are hot flushes and sweating 1-2 years before menopause (relative risk 1.4 ÷ 1.9), absence of the menopause period preceding menstrual dysfunction.

In patients with menopausal syndrome in the early postmenopausal period, compared with premenopausal women, there is a complex of systemic metabolic disorders associated with the development of osteopenia and osteoporosis: an increase in bone remodeling speed with an imbalance of bone resorption markers - C-terminal telopeptides of type I collagen (an increase in 5.4 times) and the formation of bone tissue - osteocalcin (an increase of 56%) - in combination with an increase in the level of calcitonin and phosphates of the blood plasma.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РОДОВОЙ АКТ

*Ихтиярова Г.А., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.
Бухарский медицинский институт*

Актуальность. Процент беременных женщин с диагнозом ожирение составляет 15,5-26,9%, и этот показатель из года в год неуклонно растет. Ожирение во время беременности - это очень актуальная проблема в настоящее время.

Цель исследования. Сравнить течение родов у женщин с избыточной массой тела по отношению к беременным с нормальным ростом - весом соотношением.

Материал и методы. Проведен анализ 20 историй родов женщин, проведенных в Бухарском городском родильном комплексе в 2019 году. Все пациентки были распределены на две группы: беременные с нормальной массой тела (20 чел.), беременные с ожирением (20 чел.)

Результаты. У 78% исследуемых женщин с нормальной массой тела были самостоятельные роды. У женщин с ожирением процент самостоятельных родов был значительно меньше и составил - 49%. Таким образом, кесарево сечение было проведено у 32% женщин с нормальной массой тела, а у пациенток с избыточной массой тела более чем в 2 раза чаще и составил 68%.

Преждевременное излитие околоплодных вод в обеих группах составило 32% в каждой. Патологическое предлежание плода в группе с ожирением составило 19%. Это в два раза больше, чем у женщин с нормальной массой тела - 6%. Частота преждевременных родов (21-37 недель) у женщин с ожирением оказалась практически в 2 раза выше (15%), чем у женщин с нормальным весом (8%). Слабость родовой деятельности и амниотомия была в 4% случаев у пациенток с ожирением и в 3% - у женщин с нормальной массой тела. Новорожденные с крупным весом у женщин с ожирением были в 18% случаев, что более чем в три раза превысило частоту рождения таких новорожденных у женщин с нормальной массой тела (8%).

Нормальные самостоятельные роды наблюдались лишь у 25% женщин с ожирением и у 42% женщин с нормальной массой тела.

Выводы. Из полученных результатов можно сделать вывод, что ожирение негативно влияет на течение родового акта. Чтобы избежать нежелательных последствий ожирения для матери и ребенка необходимо корректировать вес до беременности или в период беременности. Для этого женщине рекомендуется соблюдать сбалансированное питание и адекватно соблюдать физические нагрузки.

ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Туксонова Д.И., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.
Бухарский медицинский институт

Актуальность. В структуре опухолей репродуктивной системы у девочек преобладает поражение гонад, в большинстве случаев имеющее герминогенное происхождение. Злокачественные герминогенные опухоли яичников (ГОЯ) обладают агрессивными темпами роста, инвазии и десиминации, но рассматриваются как потенциально curaбельные.

Цели и задачи. Представить клинический случай злокачественной ГОЯ у девочки-подростка.

Материалы и методы. Анализ истории болезни.

Результаты. Пациентка Ж., 16 лет с неоттягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом, поступила в клинику с жалобами на острую возникшую боль в животе. Установлено, что в брюшной полости локализовано объемное образование, верхним полюсом достигающее уровня пупка, эхографически имеющее хаотичную кистозно-солидную структуру с турбулентным кровотоком. Интраоперационно выявлена опухоль, исходящая из левого яичника, размерами 25*16*14 см с белесоватой полупрозрачной капсулой, имеющей разрыв протяженностью 4,0 см, солидно-кистозным строением на разрезе. Других изменений (в т.ч. матки, маточных труб и контрлатерального яичника) не выявлено. Выполнена аднексэктомия слева и резекция большого сальника. При патоморфологическом исследовании верифицирована герминативноклеточная опухоль более одного гистологического типа – незрелая тератома с фокусами опухоли желточного мешка. Проведено четыре курса полихимиотерапии (ПХТ) по протоколу ВЕР. Исходно повышенный уровень АФП (779,0 МЕ/мл) нормализовался после проведения 3-го курса ПХТ (8,5 МЕ/мл). Исходно повышенный уровень β -ХГЧ (58,0 МЕ/л) нормализовался на 7-е сутки после операции (4,4 МЕ/л). На фоне 4-го курса ПХТ отмечена гипергонадотропная аменорея (ФСГ 134,0 МЕ/мл; ЛГ 64,1 МЕ/мл) с восстановлением физиологической менструальной функции спустя 7 месяцев после окончания ПХТ на фоне нормализации уровня гонадотропных гормонов (ФСГ 5,6 МЕ/мл; ЛГ 4,6 МЕ/мл). В течение 10 месяцев после окончания ПХТ по данным лабораторно-инструментального мониторинга проявлений локального рецидива и диссеминации опухоли не выявлено.

Выводы. В большинстве случаев ГОЯ достигают значительных размеров без патогномоничных клинических проявлений. Благоприятный прогноз определяет ранняя диагностика, обеспечить которую возможно при проведении эхографии в декретированные периоды, и исследования уровня фетальных онкомаркеров у всех девочек с очаговыми образованиями яичников.

БОЛАЛАРДА КЕЧАДИГАН ЎТКИР ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАРДА SACCHAROMYCES BOULARDII ҚЎЛЛАНИЛИШИ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Даминов Т.О., Худайкулова Г.К., Мўминова М.Т., Ашурова С.Б.
Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. ЖССТ маълумотларига кўра ҳар йили дунё бўйича 1,7 млрд. диарея ҳолатлари рўйхатга олиниб, улар оқибатида 5 ёшдан кичик бўлган болаларда, айниқса ривожланаётган мамлакатларда 760 000 га яқин ўлимга олиб келади. Антибиотикотерапия ичак дисбиози келиб чиқишида катта аҳамият касб этади, айнан шунинг учун ҳам ЖССТ диареяларни даволашда пробиотикларни қўллаш юқори самарадорликка эга эканини таъкидламоқда. S. boulardii антибактериал терапия курси билан бир вақтнинг ўзида қўлланилиши мумкин, чунки S. boulardii деярли барча антибактериал дори воситаларга генетик жиҳатдан қаршилиқ кўрсата оладиган аскомицетлардир.

Тадқиқот мақсади: болаларда кечадиган ўткир ичак инфекцияларида saccharomyces boulardii нинг клиник самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот материали бўлиб Тошкент шаҳар 4-сонли юқумли касалликлар шифохонасида стационар даволанаётган 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган 150 нафар бола олинди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди; 1-гуруҳни базисли терапия фонида “Saccharomyces boulardii” пробиотикини қабул қилган – 60 нафар ва 2-гуруҳни антибактериал препаратлар билан даволанаётган 90 нафар бемор болалар ташкил этди. Тадқиқотда клиник, вирусологик, бактериологик, серологик (ПЗР) усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Ўтказилган тадқиқотлар натижаларини шуни кўрсатдики, бемор болалар 60 нафари (40%) касалликнинг 1-суткаси, 54 нафари (36%) – 2-суткаси, 36 нафари (24%) – 2-кундан кейин стационарга ётқизилган. Болаларнинг 141 нафарида (94%) тана ҳарорати кўтирилган, иштаҳанинг пасайиши – 115 нафарида (77%), қайт қилиш – 111 нафарида (74%), диарея – 144 нафарида (96%) қайд этилган. Ўткир диареялар этиологияси бўйича 35,8% ҳолларда ротавирус, 17% – шартли патоген микрофлора (стафилококк, клебсиелла, протей, яшил ранг таёкча) ассоциацияси, 15% – клебсиелла, 13,2% – стафилококк, 9,4% – энтеробактер, 5,6% – протей, 3,7% ҳолларда яшил ранг таёкча аниқланган. Ўткир диареяларда тана ҳароратини кескин (ўртача 38,4±0,1°C) кўтарилиши, интоксикация, гастроэнтерит синдроми белгилари: диарея сони суткасига 2 мартадан 10 мартагача (ўртача 4,8±0,5), қайт қилиш 1-2 мартадан 12-15 мартагача (ўртача 4,7±0,5) билан бошланган. 11,3% беморларда I даражадаги токсикоз эксикоз билан ривожланган. Стационарда интоксикацион синдромнинг ўртача давомийлиги 1,8±0,2 кунни, ҳарорат реакцияси – 2,2±0,5 кунни, қайт қилиш – 1,0±0,2 кунни, диарея – 3,4±0,2 кунни, ич кетиш сони – суткасига 3,4±0,3 мартани (максимал 10 мартагача) ташкил этди. Барча беморлар стационар давоининг биринчи кунларидан бошлаб базис терапия қабул қилишган, даволаш Виферон, цинкум, дезинтоксикацион терапия регидратация билан (81% ҳолларда – орал), сорбентларни, ферментларни ўз ичига олган. Шунингдек 60% беморларга базис терапия фонида антибактериал терапия ва 40% беморлар Saccharomyces boulardii 125 мг 3 маҳал кунига касаллик симптомларининг динамикасига боғлиқ равишда 5-7 кун давомида тавсия этилган.

Этиотроп препарат сифатида “Saccharomyces boulardii” пробиоти ва антибактериал препаратларнинг қўлланилишининг қиёсий клиник самарадорлиги баҳолашда ўткир ичак юқумли касалликларнинг енгил шакли (50%; 35,5%) ва ўрта оғир шакли (65%; 80%), инвазив диареяларда (45%; 25,5%), осмотик (30%; 40%) ва аралаш инвазив-

осмотик (28,5%; 36,6%) турдаги диареялар, ҳамда 40 нафар эрта реконвалесценция даврида болаларда ўтказилди. Ўткир диареяларни мазкур шаклларида комплекс даволашда “*Saccharomyces boulardii*” антибактериал препаратлар (цефалоспρονлар, аминогликозидлар, нитрофуран ҳосилалари ва бошқалар) ўрнига қўлланилиши мавжуд интоксикация, метеоризм кўринишларини, диарея синдромини ишонарли ($p < 0,001$) тез тузалишига ва касаллик ўткир даври давомийлигини $5,85 \pm 0,15$ кундан (антибактериал давода) $3,5 \pm 0,15$ кунгача қисқаришига олиб келди.

Хулоса: Этиотроп давонинг 5-7 кунлик курси клиник тузалиш тўлиқ тузалиш билан тугалланди, бу асосан “*Saccharomyces boulardii*” қабул қилган бемор болалар гуруҳида нажас характерининг ижобий томонга 86,7% ҳолларда ўзгариши кузатилиб, антибактериал препаратлар қабул қилган беморлар гуруҳида эса фақатгина 61,5% ҳолларда аниқланди. *Saccharomyces boulardii* қабул қилган беморлар гуруҳида антибактериал даво олган беморлар гуруҳига нисбатан иситма, интоксикация ва диарея синдромларининг давомийлиги ишонарли қисқарган. Ушбу маълумотлар ўткир диареяларни даволашда касалхонага 3 кундан кейин ётқизилган бемор болаларга *Saccharomyces boulardii* танлаш маъқуллигидан далолат беради. 1-гуруҳдаги беморларнинг стационарда даволаниши ўртача $4,7 \pm 0,1$ кунни, 2-й группы – $7,5 \pm 0,3$ кунни ташкил этди.

ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР КЛИНИК КЕЧИШИНING ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Даминов Т.О., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Мавлонова З.Н.
Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: ОИВ билан зарарланган болаларда бир қатор оппортунистик инфекциялар, шу жумладан, диареялар кўп учрайди. Ноаниқ этиологияли ўткир ичак инфекциялари ичида вирусли диареялар етакчи ўринга эга. Охириги йилларда дунёнинг барча нуқталарида ўткир ичак инфекциялари ривожланишининг асосий сабабчиси вируслар дея эътироф этилмоқда. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларда педиатрия амалиётида диареялар рото- ва аденовируслар томонидан қақирилмоқда.

Тадқиқот мақсади: Болаларда ОИВ фонида вирусли диареялар клиник хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот материалларини Республика ОИТСга қарши кураш маркази клиникасида стационар даволанаётган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 60 нафар бола ташкил этди. Тадқиқотда клиник, вирусологик, бактериологик, серологик (ПЗР) усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. ОИВ билан зарарланган болаларнинг 60 нафаридан 42 нафаридагина (70%)ида вирусли диареялар қайд этилди. Уларнинг нисбатан кўпроқ қисмини ўғил болалар (52,4%), 47,6%ини қиз болалар ташкил қилган. Болалар ёш бўйича тақсимланганда энг кўп касалланиш 1-3 ёшли болаларда кузатилди (22 нафар 52,4%). Касалланиш 4-7 ёш оралиғидаги болаларда 1-3 ёшгача бўлган болаларга нисбатан 1,8 баробар кам учраган бўлса, 8-18 ёшли болаларда эса 1-3 ёшли болаларга нисбатан 2,75 баробар кам учрайди. Вирусли диареяларни мавсумийлик бўйича таҳлил қилинганда йилнинг куз ва киш фаслларида кўп учраган бўлса (33,3% ва 42,9% мос равишда) баҳор ва ёз фаслларида эса (19% ва 4,8%) кам учраши аниқланди. Вирусли диареяларнинг куз ва киш мавсумида кўп учраши вирусли касалликларнинг кўпинча совуқ ҳаво ҳароратида кўпайиши билан боғлиқ. Цитомегаловирусли ва оддий герпес вирусли диареялар бутун йил давомида кузатилган бўлса, ротавирусли эса куз-киш мавсумида касалликни келтириб чиқарган. Аденовирусли диареялар фақат куз фаслида аниқланли. Аралаш диареялар куз, киш, баҳор мавсумига тўғри келади. ОИВ билан зарарланган болаларда вирусли диареялар ичида ротавирусли диареялар устунлик қилди. 26 нафар (61,9%) болаларда ротавирус аниқланди. Цитомегаловирусли диареялар 6 нафар (14,2%), оддий герпес типидagi вируслар қўзғатган диареялар ва аденовирусли диареялар 3 нафар (7,2%) дан болаларда кузатилди. Қолган 4 нафар (9,5%) беморларда аралаш этиологияли вирусли диарея кузатилган. Клиник жиҳатдан энг оғир кечган диареялар ротавирусли диареялар эканлиги аниқланди. Беморлар кучли интоксикация синдроми билан госпитализация қилинди, такрорий қайт қилиш 77% беморларда кузатилди. Ўткир давр давомийлиги $8,7 \pm 2,1$ кунни ташкил қилди, тана ҳароратининг максимал кўтарилиши касалланишининг 2-3 кунига тўғри келиб, тана ҳароратининг ўртача рақами $38,4 \pm 1,1^{\circ}\text{C}$ га тенг бўлди. ОИВ билан зарарланган болаларда энг оғир кечган диарея ротавирус қўзғатган диарея бўлиб, энг давомли ва яққол ифодаланган характерда намоён бўлди. Диарея синдроми $11,4 \pm 2,3$ давом этди, бунда патологик аралашмаларсиз кўп сонли, нажас бўлди. Ич кетиши ва қайт қилиш 77% болаларда эксикоз ривожланишига олиб келди. ОИВ билан зарарланган болаларда кузатиладиган ротавирусли диареяларда катарал белгилар аденовирусли диареяларга нисбатан суст намоён бўлди. Аденовирусли диареяларда кучли интоксикация билан бирга нафас йўлларидаги катарал ўзгаришлар (ринит, фарингит, конъюнктивит) касалланишининг $7,8 \pm 1,2$ кунларигача кузатилади. Касаллик бошланишидан 4-5-кунгача тана ҳарорати аста секин кўтарилиб бориб, $38,5 \pm 1,7^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилди. 60% болаларда қоринда оғриқ гепатомегалия ва диарея ҳисобига юзага келган. Кўп марталаб сувли нажас касалликнинг дастлабки 3-кунидан суткада 10-12 мартагача кузатилди, кейинчалик суткалик сони камайиб борса ҳам суюқ кўринишини сақлаб қолди. Цитомегаловирус қақирган диареяларда кўп марталаб қайт қилиш ва яққол намоён бўлган диарея синдроми устунлик қилди. Кўп марталаб қусиш касалланишининг дастлабки $4,1 \pm 1,4$ кунидан кузатилди. Диарея $9,3 \pm 1,9$ кун давоми этди ва сувсимон характерда бўлди. Интоксикация кучсиз намоён бўлди. Тана ҳароратининг кўтарилиши касалликнинг дастлабки 1-2 кунидан кузатилиб, 38°C дан ошмади. Оддий герпес вируси қақирган диарея клиникасида субфебрил тана ҳарорати фонида тўсатдан юзага келувчи кўп марталаб қусиш (10 мартадан кўп) кузатилди. Қайт қилиш $5,2 \pm 1,8$ кун давом этди, нажас суюқ характерда бўлиб, суткасига 1-2 марта кузатилди. Интоксикация синдроми устунлик қилмади. Аралаш этиологияли вирусли диареялар ОИВ билан зарарланган болаларда моноинфекцияга нисбатан оғир кечди ва узокроқ давом этди, бу ўзининг навбатида бактериял ва вирусли агентларни синергист таъсири билан боғлиқ. Аралаш этиологияли диареялар ОИВ билан зарарланган 4 нафар (9,5%) болаларда кузатилди. Улардан 50% и вирус-вирус қўзғатувчи асосида келиб чиққан бўлса, қолган 50%и вирус-бактерия ассоцирланган диарея эканлиги аниқланди. Аралаш вирусли диареяларда ротавирус-аденовирус ҳамда ротавирус-цитомегаловирус ҳамкор диарея, аралаш бактериал ва вирусли диареяларда ротавирус-салмонеллез ҳамда ротавирус-ичак таёқчаси ассоцирланган диарея кузатилди. Клиник жиҳатдан энг оғир кечган аралаш диарея ротавирус-аденовирус

ассоциированган диарея бўлиб, ўткир даври давомийлиги 12 кунни ташкил килди. Максимал тана ҳарорати 39,8°Сга етди. Диарея синдроми 13,5 кун давом этди, бунда нажас патологик аралашмаларсиз кўп сонли, сувли бўлиб, беморда кучли экскроз ҳолати ривожланди.

Хулоса: ОИВ билан зарарланган болаларда вирусли диареялар келиб чиқишида этиологик жихатдан ротавирус етакчилик килди. ЦМВли диареяларда кўп марталаб қайт кишиш ва яққол намоён бўлган диарея синдроми устунлик килди. ОИВ билан зарарланган болаларда вирусли диареяларни келтириб чиқарувчи вируслар агентлар турличалиги лаборатор диагностикани янада яхшилаш кераклигини ифодалайди.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Юлчиев К.С., Юлдашев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Основным способом лечения различных видов врожденных деформации грудной клетки у детей является оперативное лечение. Реконструкция грудной клетки при деформациях относится к числу сложных, травматичных и опасных для жизни ребенка хирургических вмешательств. Большинство детей на стационарном лечении поступают в запущенном состоянии с сопутствующими заболеваниями. Поэтому подготовке больного к операции необходимо уделять особое внимание, а также послеоперационная реабилитация и диспансеризация играет важную роль на результат лечения.

Цель: Ведение больных до и после операции торакопластики.

Материал и метод: с 2009 по 2019 года в торакальном отделении АОДММЦ на стационарном лечении находились 560 больных детей в возрасте от 1,5 года до 17 лет. Из них воронкообразная деформация – 280 больных, килевидная деформация – 220, изолированные деформации – 55, синдром Поланда – 5 детей. Некоторые дети поступили с признаками хронической гипоксии с расстройствами обменных процессов. Среди сопутствующих заболеваний наиболее частыми являлись бронхопневмония, хронический тонзиллит, аденоид. В связи с этим до операции больных подвергали оториноларингологическому и педиатрическому лечению, что улучшило носовое дыхание и уменьшено явление гипоксии. Все больные после предварительного обследования и подготовки были оперированы. Реконструкция грудной клетки является травматичным хирургическим вмешательством с возможными осложнениями во время и после операции в отдаленные сроки. Эффективное обезболивание приводит к устранению болей после операции, что привело к нормализации дыхания, улучшению сердечно-сосудистой деятельности. Больные активизировались на 2 сутки, выписывались на 7 сутки после операции. Важным моментом успешного лечения является реабилитация в отдаленные сроки после корригирующей торакопластики. В связи с этим в период диспансеризации в течение 1 года родители строго придерживались специальной рекомендации по соблюдению режима, разработанного нами. Этим мы устранили осложнения, имевшие место ранее как частичный рецидив, отрыв тракции, нагноение раны.

Вывод. Таким образом, корригирующая торакопластика является травматичным вмешательством. В связи с этим необходимо уделять особое внимание предоперационной подготовке, а также соблюдение особого режима в непосредственные и отдаленные сроки. Это является залогом успешного лечения детей с врожденной деформацией грудной клетки.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Юлчиев К.С., Юлдашев М.А., Хайдаров Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Основным способом лечения различных видов врожденных деформации грудной клетки у детей является оперативное лечение. Реконструкция грудной клетки при деформациях относится к числу сложных, травматичных и опасных для жизни ребенка хирургических вмешательств. Большинство детей на стационарном лечении поступают в запущенном состоянии с сопутствующими заболеваниями. Поэтому подготовке больного к операции необходимо уделять особое внимание, а также послеоперационная реабилитация и диспансеризация играет важную роль на результат лечения.

Цель: Ведение больных до и после операции торакопластики.

Материал и метод: с 2006 по 2016 года в торакальном отделении АОДММЦ на стационарном лечении находились 560 больных детей в возрасте от 1,5 года до 17 лет. Из них воронкообразная деформация – 280 больных, килевидная деформация – 220, изолированные деформации – 55, синдром Поланда – 5 детей. Некоторые дети поступили с признаками хронической гипоксии с расстройствами обменных процессов. Среди сопутствующих заболеваний наиболее частым являлась бронхопневмония, хронический тонзиллит, аденоид. В связи с этим до операции больных подвергали оториноларингологическому и педиатрическому лечению, что улучшило носовое дыхание и уменьшено явление гипоксии. Все больные после предварительного обследования и подготовки были оперированы. Реконструкция грудной клетки является травматичным хирургическим вмешательством с возможными осложнениями во время и после операции в отдаленные сроки. Эффективное обезболивание приводит к устранению болей после операции, что привело к нормализации дыхания, улучшению сердечно-сосудистой деятельности. Больные активизировались на 2 сутки, выписывались на 7 сутки после операции. Важным моментом успешного лечения является реабилитация в отдаленные сроки после корригирующей торакопластики. В связи с этим в период диспансеризации в течение 1 года родители строго придерживались специальной рекомендации по соблюдению режима, разработанного нами. Этим мы устранили осложнения, имевшие место ранее как частичный рецидив, отрыв тракции, нагноение раны.

Вывод. Таким образом, корригирующая торакопластика является травматичным вмешательством. В связи с этим необходимо уделять особое внимание предоперационной подготовке, а также соблюдение особого режима в непосредственные и отдаленные сроки. Это является залогом успешного лечения детей с врожденной деформацией грудной клетки.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А., Юлчиев К.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным отечественной и зарубежной литературы, посвященной вопросам диагностики и лечения детей с различными деформациями грудной клетки (ДГК), имеется большее количество наблюдений. До настоящего времени нет единого лечения по поводу показания и срока оперативного лечения. Большинство авторов рассматривают ДГК только как патологию, вызывающую функциональные нарушения со стороны органов грудной полости. Психологический аспект проблемы не принимается во внимание авторами.

Цель: Изучить психологическое состояние детей с ДГК.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии нами обследовано 90 детей, поступивших на обследование и лечение с диагнозом ДГК, в основном, с воронкообразной и килевидной деформацией с различной степенью в возрасте от 3х до 14 лет. Распределение детей по возрасту было следующим: 3-6 лет – 30 детей, 7-10 лет – 45 детей, 10-14 лет – 15 детей. Мальчиков было 60, девочек – 30. При общих анамнестических данных мы особое внимание уделяли субъективным жалобам детей и их родителей. Отношение детей к патологии, их общение и поведение дома и за её пределами. Психологическое обследование детей проводилось по следующей схеме: от 3 до 6 лет. 1. Контакт при осмотре; а) не вступает, б) вступает с трудом, в) легко вступает. 2. Поведение; а) возбудим, б) спокоен, в) адекватен, г) апатичен. 3. Эмоциональная сфера; а) истеричен, б) застенчив, в) заторможен, г) общителен. 5. Отношение к патологии; а) Негативное отношение, б) безразличие, в) не обращает внимания.

Обследование детей от 7-10 лет. Дополнительно к пунктам 1-5; 6. Отношение к себе: а) уверен, б) не уверен, в) самоуверен. 7. Отношение к учебе; а) учится охотно, б) безразличие, в) негативное отношение. Обследование детей от 11-14 лет. Дополнительно к пунктам 1-7; 8. Отношение со сверстниками противоположного пола: а) негативно, б) стеснительно, в) общительность.

При оценке данных психологического обследования выявлено: дети первой возрастной группы не вызывают особых беспокойств по комплексу неполноценности. С возрастом нарастает влияние на развитие ребенка: развивается апатия, застенчивость. Недовольство внешним видом грудной клетки в основном появляется у детей старшего возраста. У 50% детей школьного возраста безразличие к учебе и оценкам. Возникают трудности в общении со сверстниками, становятся более эмоциональными. Наблюдается прямая зависимость психического состояния от степени выраженности деформации. В отдаленные сроки после оперативного лечения у большинства детей отклонения в психике исчезли.

Вывод. Таким образом, при обследовании детей с ДГК необходимо обращать внимание на психический статус, что имеет важное значение на результат лечения.

ОПТИМАЦИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Джуманязов С.С., Юсупова М.А.
Ургенчский филиал ТМА*

Актуальность исследования. Гипергликемия у недоношенных детей является частым осложнением раннего неонатального периода. По данным клинических исследований, почти у 80% детей с низкой массой тела отмечается гипергликемия при проведении им полного парентерального питания (уровень глюкозы >8 ммоль/л). Большинство глубоконедоношенных новорожденных нуждаются во внутривенном введении глюкозы после рождения, поскольку энтеральное кормление в полном объеме невозможно. Однако в ряде случаев недоношенные новорожденные не могут адаптироваться к внутривенно вводимой глюкозе из-за незрелости механизмов эндогенной продукции глюкозы и/или ее периферической утилизации [2]. Это связано с тем, что у глубоконедоношенных детей отмечается ряд физиологических особенностей метаболизма глюкозы, таких как преобладание секреции проинсулина над инсулином. Еще одним немаловажным фактором развития гипергликемии у недоношенных детей является незрелость ферментов глюконеогенеза, в результате чего недоношенные дети не способны ингибировать глюконеогенез в условиях гипергликемии. Кроме этого, про-теолиз, запускающийся в условиях отрицательного азотного баланса, может способствовать увеличению продукции эндогенной глюкозы [3]. Помимо особенностей метаболизма глюкозы, существует ряд экзогенных факторов, приводящих к гипергликемии. Среди них можно выделить стрессорный фактор, характеризующийся повышением контринсулярных гормонов, а также сепсис, при котором, помимо стрессорной реакции, снижается секреция инсулина, уменьшается периферическая утилизация глюкозы.

Цель исследования – усовершенствовать алгоритм терапии гипергликемии у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и с низкой массой тела (НМТ) при рождении и детей в зависимости от возраста гестации.

Материалы и методы исследования. Мы наблюдали 115 новорожденных, находящихся в отделении интенсивной терапии новорожденных, у которых развилась гипергликемия с января 2015 года по декабрь 2016 года. Был начат стандартный протокол для использования экзогенных инфузий инсулина для всех гипергликемических новорожденных. Гипергликемия купировалась снижением скорости инфузии экзогенной глюкозы и/или внутривенным введением инсулина короткого действия в дозе 0,02–0,1 Ед/кг в час в зависимости от концентрации глюкозы и скорости ее введения.

Решение начать инфузию инсулина зависело от гипергликемии, определяемой двумя последовательными уровнями глюкозы в крови 12 ммоль / л в течение не менее 4 часов. Скорость инфузии инсулина была начата с 0,1 ед /

кг/ч, и инсулин титровали для поддержания нормального уровня сахара в крови между 4 и 8 ммоль / л. Скорость каждой коррективы составляла 0,05 Ед / кг / ч. После начала инсулина уровни глюкозы в крови проверяли ежечасно до тех пор, пока они не стабилизировались в нормальном диапазоне, а затем через 2–4 часа в течение всего времени инфузии инсулина. Уровень глюкозы в крови также проверяли через 1 ч после внесения изменений, чтобы точно отразить эффективность инфузии инсулина. Когда уровень глюкозы в крови оставался в пределах нормы от 4 до 8 ммоль / л, при том, что ребенок не принимал инсулин в течение более 24 часов, мы считали лечение завершенным. Уровень глюкозы в крови у постели больного определяли с помощью прибора Accucheck Advantage II Roche Diagnostics.

Результаты исследования и их обсуждение. Непрерывное внутривенное введение инсулина является предпочтительным по сравнению с подкожным инсулином, поскольку он позволяет быстро регулировать скорость инфузии в ответ на уровни глюкозы.

При проведении исследования были получены следующие данные. У детей с гестационным возрастом <28 нед в 53,33% случаев после снижения скорости поступления глюкозы нормализации уровня глюкозы крови не наступало, для лечения гипергликемии требовалось введение инсулина. У детей с гестационным возрастом 28–29 нед в 61,54% случаев глюкоза крови нормализовалась после снижения скорости ее поступления; в подгруппе 30–31 нед в 57,69% и в подгруппе 32–33 нед в 71,43% случаев терапия со снижением скорости поступления глюкозы оказалась эффективной. Таким образом, частота применения инсулина для лечения гипергликемии тем выше, чем меньше гестационный возраст новорожденного.

Это исследование показывает, что у недоношенных детей с крайне низкой массой тела, у которых развивается гипергликемия, постоянная инфузионная терапия инсулином является эффективной, безопасной и позволяет этим детям получать достаточное количество калорий.

Мы рекомендуем, чтобы непрерывная инфузия инсулина рассматривалась для недоношенных детей с персистирующей гипергликемией, как метод поддерживать адекватное потребление калорий. При существующем протоколе использования экзогенной инфузии инсулина реакция на лечение значительно медленнее у новорожденных с ЭНМТ. Доза инфузии инсулина, необходимая для поддержания нормогликемии, также была выше в этой группе новорожденных. Детям с гестационным возрастом >28 нед, получающим внутривенную инфузию глюкозы, при развитии гипергликемии следует рекомендовать метод снижения скорости поступления глюкозы как стартовый. При неэффективности снижения скорости поступления глюкозы через 5 (4; 9) ч рекомендуется рассмотреть проведение инсулинотерапии. Новорожденным с гестационным возрастом <28 нед, получающим внутривенную инфузию глюкозы, при гипергликемии следует рассмотреть введение инсулина как стартовую терапию.

ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

*Джураева М. А., Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Цель исследования. Изучение действия специального комплекса физических тренировок на состояние кровообращения и физическую работоспособность у больных, перенесших инфаркт миокарда и у лиц с факторами риска развития ИБС.

Методы исследования. Под наблюдением находились 75 больных ИБС в возрасте от 60 до 80 лет (1 гр.) и 38 пациентов с наличием нескольких факторов ИБС (2 гр.) развития ИБС (2 гр.)- Крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ) перенес 51 больной, мелкоочаговый - 24. Среди пациентов второй группы у 18 выявлено 3 фактора риска (избыточная масса, умеренная гипертензия - 145/90 мм рт.ст, курение больше 1 пачки в день), у 22 по 2 фактора риска (избыточная масса, курение). Длительность наблюдения пациентов до 3 лет. Кроме того, исследовались деятельность сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ исследования).

Результаты исследования показали, что через год от начала тренировок у лиц с факторами риска ИБС достигнуто значительное снижение массы тела и практически полное восстановление показателей кровообращения и физической работоспособности. Через 3 года при благоприятном течении ИБС значительно снижалась масса тела, улучшились показатели кровообращения и полностью восстановилась физическая работоспособность. У больных, перенесших инфаркт миокарда, произошло частичное восстановление исследуемых показателей.

Выводы:

1. Длительные тренировки больных, перенесших ИБС, и лиц с факторами риска развития ИБС оказывают положительное влияние на состояние кровообращения на уровне как центральной, так и периферической гемодинамики, значительно повышают толерантность к физической нагрузке.
2. Длительные тренировки также способствуют более быстрому восстановлению физической работоспособности.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Джураева Х.З., Фармонкулова Ё.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Недостаточность питания сопровождается задержкой созревания других систем: нервной, эндокринной, иммунной, пищеварительной, замедляется психическое развитие, что усугубляет течение гипотрофии, создавая порочный круг.

В то же время, диагностические и лечебные мероприятия при гипотрофии в настоящее время сконцентрированы в большей степени на выявлении и коррекции энтеральной недостаточности, нутритивной поддержке, часто

неэффективной. Показания к применению метаболитических средств не отработаны, поэтому назначаются они эмпирически. Это ухудшает прогноз, прежде всего, при тяжелых степенях гипотрофии, обуславливая высокую инвалидизацию и смертность.

Цель исследования. Обосновать дифференцированный подход к применению метаболитических средств в комплексном лечении гипотрофии у детей раннего возраста с учетом особенностей белкового состава сыворотки крови.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 138 детей в возрасте 1 -35 месяцев. Для выполнения задач диссертационного исследования была создана "популяционная" выборка с выделением двух групп клинического наблюдения: 75 детей с гипотрофией и 63 ребенка с нормальным физическим развитием.

Результаты исследования. В современных условиях в структуре гипотрофии у детей раннего возраста преобладает вторичная эндогенная гипотрофия вследствие комплекса пренатальных воздействий, приводящих к задержке внутриутробного развития, а постнатально - недоношенность, врожденные пороки развития.

Состояние здоровья детей раннего возраста с гипотрофией характеризуется отставанием в психомоторном развитии, снижением общей резистентности и персистенцией перинатальных инфекций, анемией, энтеральной недостаточностью.

Рутинные методы диагностики нарушений белкового обмена при гипотрофии, такие как уровень общего белка и его основных фракций недостаточно достоверны и не позволяют выявить направленность отклонений.

Комплексная оценка содержания у детей с гипотрофией сывороточного трансферрина и α_1 -антитрипсина с подсчетом индекса катаболизма белка позволяет выявлять направленность белкового обмена и дифференцированно назначать метаболитические средства.

В современных условиях при лечении детей с гипотрофией назначение питания с высоким содержанием белка целесообразно только после определения направленности, а при необходимости коррекции его метаболизма.

Вывод. Разработан дифференцированный подход к назначению метаболитических препаратов (анаболических средств и средств нутритивной поддержки с антикатаболической направленностью), обоснована тактика лечения белково-энергетической недостаточности у детей (по данным клинικο-метаболических показателей).

Установленные закономерности позволяют оптимизировать диагностику гипотрофии и повысить эффективность лечения путем дифференцированного назначения метаболитических средств в составе комплексной терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Джураева Х.З., Фармонкулова Ё.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее время получены результаты, подтверждающие наличие общих патогенетических механизмов в развитии СРК и функциональной диспепсии. Так, у больных с функциональной диспепсией со стороны верхних отделов пищеварительного тракта выявляется ряд изменений, наблюдающихся при СРК. Для пациентов с функциональной диспепсией (у 50% больных) характерны различные виды двигательных нарушений желудка, такие как нарушение аккомодации желудка. Кроме того, в исследованиях с раздуванием баллона в желудке и двенадцатиперстной кишке было показано, что у больных с функциональной диспепсией выявляется повышенная чувствительность к растяжению желудка. Этот феномен висцеральной гипералгезии является высокоспецифичным для функциональной диспепсии и для СРК. При этом разнообразным морфологическим изменениям слизистой гастродуоденальной зоны, уровню кислотной продукции в генезе клинических симптомов придается меньшее значение.

Учитывая ведущую роль вегетативных дисфункций в патогенезе СРК, можно предположить, что нарушения со стороны вегетативной системы организма являются причиной формирования некоторых сочетанных поражений верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, представляется важным комплексное изучение состояния вегетативного гомеостаза у детей с синдромом раздраженного кишечника в зависимости от клинического варианта заболевания, а также от наличия сопутствующего поражения верхних отделов пищеварительного тракта.

Цель исследования. Установить клинические особенности проявлений синдрома раздраженного кишечника у детей с сочетанной патологией верхних отделов пищеварительного тракта для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 216 детей и подростков. Основную группу составили 116 детей, страдающих синдромом раздраженного кишечника в возрасте 7-14 лет (средний возраст $8,0 \pm 0,69$ лет), из них 117 девочек и 99 мальчиков.

Результаты исследования. Наиболее выраженная клиническая симптоматика синдрома раздраженного кишечника выявляется у больных с клиническим вариантом с преобладанием диареи в старшем школьном возрасте у девочек, а в младшем школьном возрасте — у мальчиков.

Установлена высокая чувствительность и специфичность основных симптомов у детей с данным заболеванием, наиболее высокие чувствительность и специфичность характерны для симптома «уменьшение болей после дефекации».

Клинические симптомы, характеризующие поражение верхних отделов пищеварительного тракта у детей с синдромом раздраженного кишечника, отмечаются у 40% больных. Морфологические изменения выявляются у 92% больных, при этом преобладающим является поверхностный (57% больных) гастрит. Данные изменения носят неспецифический характер и не зависят от клинического варианта заболевания.

Изменения со стороны пищевода по типу эзофагита отмечаются у 51% и чаще наблюдаются при клиническом варианте синдрома с преобладанием диареи (69% детей).

Вегетативные дисфункции выявляются у 88% больных с синдромом раздраженного кишечника. Клинический вариант синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров характеризуется активацией парасимпатического

отдела вегетативной нервной системы у 45,2% детей, изменения по типу симпатикотонии характерны для, вариантов синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи (57,6%) и с преобладанием болей и метеоризма (63,3%).

Нормализация вегетативных дисфункций у больных с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием ваготонии достигается включением в комплексную терапию КВЧ-терапии по биологически активным точкам в авторской модификации, а с преобладанием симпатикотонии - электрофореза с бромидом натрия на воротниковую зону.

Вывод. На основании выявленных клинических особенностей синдрома раздраженного кишечника у детей для врачей практического здравоохранения разработана дифференциально-диагностическая таблица, использование которой способствует повышению эффективности диагностики синдрома раздраженного кишечника у детей.

Обоснована необходимость включения в комплексное обследование больных с установленным диагнозом синдрома раздраженного кишечника фиброгастродуоденоскопии и кардиоинтервалографии с целью выявления поражений верхних отделов пищеварительного тракта и типа вегетативных дисфункций.

Для эффективной коррекции выявленных вегетативных дисфункций обосновано применение электрофореза с бромидом натрия на воротниковую зону при исходной симпатикотонии и КВЧ-терапии по биологически активным точкам при исходной ваготонии.

COMPARATIVE ANALYSIS OF VARIOUS CALENDARS OF PREVENTIVE VACCINES IN CHILDREN

*Zhuraev Sh.A., Israilova S.B., Uralov Sh.M.
Samarkand State Medical Institute*

Relevance: The adopted World Health Organization's Expanded Program on Immunization in 1974 is the basis for the fight against infections controlled by specific prophylactics. The main goal is to reduce the incidence and mortality from infectious diseases in young children. This category of infectious diseases includes diseases against which effective vaccine preparations have been developed, created and widely tested.

Most of these diseases (tuberculosis, diphtheria, pertussis, measles, mumps, rubella, flu) are infections with airborne transmission of pathogens, with the exception of tetanus (wound infection) and polio, which have signs of intestinal infection. Currently, all these diseases are classified as infections controlled by means of specific vaccination prophylaxis. When implementing mass vaccination programs for the population, a direct dependence of the incidence rate of these infections on the degree and quality of vaccinations was determined.

Purpose of the study: To conduct a comparative analysis of various calendars of preventive vaccinations in children, by studying the effectiveness of vaccination.

Materials and methods: In order to ensure the effectiveness of mass vaccine prophylaxis, the mechanisms of the formation of post-vaccination immunity were studied, the nature of antibodies to various infectious agents was determined, the protective capabilities of immunity and the time of its preservation were evaluated. A comparative analysis of preventive vaccinations for children in the territories of various countries was carried out.

Results: When comparing the calendars of different countries, it should be noted that the vaccine prophylaxis strategy is very similar, while differences in vaccination and revaccination tactics can be identified. In accordance with WHO recommendations, a number of countries in the European Region (Germany, Finland, Sweden, Denmark), as well as Australia, Japan and CIS countries such as Ukraine, Belarus, Estonia and others, included randomized serological studies in the system of epidemiological surveillance of infections controlled by with the help of specific vaccine prophylaxis.

In the National Calendar of Preventive Vaccinations of Russia, vaccines against 10 infections are used for mass mandatory vaccination of children, including hepatitis B, tuberculosis, whooping cough, diphtheria, tetanus, polio, measles, mumps, rubella, and flu. There are about 20 vaccine preparations available for epidemiological immunization. Additionally included are vaccines against the following infections: pneumococcal, rotavirus, papillomavirus. Currently, there is reason to review the timing of vaccination and the intervals between vaccinations against hepatitis B and tuberculosis.

Thus, the new vaccination calendar provides for mandatory routine vaccination against viral hepatitis B, using a recombinant vaccine for all newborns in the first 24 hours of a child's life, after which vaccination against tuberculosis with live attenuated BCG vaccine (or BCG-M) is carried out after 3-7 days. This is associated with the simultaneous activation of various parts of the immune system, which may have an opposite effect. In this regard, the proposed timing of vaccination is not optimal and scientifically sound.

In the Republic of Uzbekistan, a system for organizing vaccine prevention has been created, recognized as one of the most effective among the CIS countries. It provides for the introduction of state accounting and reporting on vaccinations and cases of post-vaccination complications, and controls the state of collective immunity of the population. The success of mass vaccination among children and adults is not in doubt, as they are expressed in the following facts: a sharp decrease in morbidity and mortality from infections controlled by mass vaccination has been achieved; elimination of certain infections has been achieved; elimination of neonatal tetanus has been achieved, the incidence of tetanus in children has not been recorded, and the incidence among adults has long remained at a sporadic (very low) level; a system for epidemiological surveillance of current infections has been created, including an information and analytical unit and a unit for making timely management decisions to prevent complications of the epidemiological situation; the vaccination schedule and timing for individual infections is constantly being revised as part of the vaccination calendar.

Findings: The main differences between the calendars of preventive vaccinations of foreign countries and the calendar of the Republic of Uzbekistan are as follows:

1. The range of vaccines used is wider;
2. Associated vaccines are widely used abroad for the prevention of infections (measles, mumps, rubella; diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, etc.), which greatly facilitates the implementation of timing and schedules of vaccination schedules; also used: acellular pertussis vaccine; associated vaccines for the prevention of measles, mumps and rubella; conjugate vaccines for the prevention of meningococcal and hemophilic infections (Hib vaccine can be vaccinated in young children - from 2 months);
3. The timing of the start of vaccination is different;

4. Abroad immunization schemes are provided for adults against diphtheria, tetanus, pertussis, papillomavirus, chickenpox, herpes, measles, mumps, rubella, influenza, pneumococcus, hepatitis A, hepatitis B, meningococcal infection (indicating age, type of vaccine, doses, the frequency of administration, indications and contraindications for different categories of healthy and sick people, including immunocompromised ones); in the Uzbekistan calendar, only in the very recent years have vaccinations been provided for adults against diphtheria, tetanus, measles and flu;

5. Indications and contraindications for vaccination are indicated in more detail, immunization schemes for children and adults with various deviations in health status are listed;

6. The calendars of “cleaning” vaccinations for children aged 4-6 years are given, for which the terms and intervals between vaccinations were violated during the initial vaccination, the minimum allowable intervals between vaccinations are indicated;

7. Recommended vaccination schedules and terms for school-age children are indicated.

ОСОБАЯ РОЛЬ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГИПЕРПАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Захидова К.Ш., Зуфарова Ш.А., Муминова Н.Х.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Республиканский репродуктивный центр*

Синдром склерокистозных яичников (СПКЯ) в популяционной выборке варьируют от 6–10 до 15 % и оказывают существенное влияние на различные аспекты здоровья и качество жизни женщин репродуктивного возраста. Ряд исследований предполагают, что эндометрий у женщин с СПКЯ отличается от нормального эндометрия морфологически и функционально, с чем связаны проблемы бесплодия у этих пациенток и более высокая частота самопроизвольных выкидышей, хотя имеющиеся данные противоречивы. СПКЯ показан как независимый фактор риска рака эндометрия (РЭ), а высокая частота ожирения у данной категории женщин ещё более увеличивает данный риск. Schouten L.J. et al. (2004) показали, что ожирение повышает риск развития рака эндометрия в 4,5 раза, а сидячий образ жизни – на 46 %. РЭ у женщин с СПКЯ занимает у данной группы пациенток 1-е место в структуре всех гинекологических злокачественных новообразований. О степени риска гиперплазии (ГПЭ) или рака эндометрия и его клинических особенностях у женщин с СПКЯ до сих пор проводятся дискуссии.

Цель исследования. Выявить связь гиперплазией сложного типа и гиперандрогенией для профилактики атипичских изменений в будущем.

В этой связи были обследованы 36 пациенток с ациклическими кровотечениями, бесплодием и лабораторно доказанной гиперандрогенией.

Из них с первичным бесплодием – 13, остальные 23 с вторичным бесплодием, в анамнезе у которых были эпизоды АМК.

Всем больным были произведено УЗИ, где имело место картины СПКЯ (увеличенные яичники с мультифолликулярными изменениями с плотной капсулой). А также повышенные концентрации свободного тестостерона (в среднем 4,78 нмоль/л и выше), ДГЭА (580 мкг/л и выше), которые были определены иммуноферментным методом. ДГЭА метаболизируется до андрост-5-ен-3 β ,17 β диола (андростендиол). Именно высокие концентрации ДГЭА и андростендиола подвержены более высокому риску развития ГПЭ. Увеличение синтеза андростендиола в эндометрии женщин с СПКЯ одновременно приводит к увеличению пролиферации клеток. ДГЭА, главный предшественник андростендиола, циркулирует в основном в сульфатированной форме (ДЭА-С), и для его попадания внутрь эндометриальных клеток требуются транспортные системы, которые принадлежат к семейству органических анионовых транспортных полипептидов и органических анионовых транспортёров.

Таким образом, доказано, что в эндометрии у женщин с СПКЯ наблюдался более высокий уровень ДГЭА, чем в неизменённом эндометрии в группе контроля. Это подтверждает, что стероиды могут изменять экспрессию и активность транспортёров в клетках эндометрия и что уровень активности отдельных транспортёров выше в группе женщин с СПКЯ, что указывает на их потенциальную роль в патогенезе гиперплазии эндометрия у этих пациенток.

Проведённый анализ литературных данных свидетельствует о большом интересе к поиску специфических маркеров патологии эндометрия при СПКЯ.

ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

*Захидова К.Ш., Рахимова Г.Н., Зуфарова Ш.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Республиканского центра репродуктивного здоровья населения,*

Как показывает врачебная практика, с течением длительного периода времени исследований и изучения синдрома поликистоза яичников, был выявлен резкий рост численности больных, что серьезно сказывается на здоровье не только женщины, но и на развитии данного заболевания у последующего поколения. Проблемой полиэндокринного синдрома заключаются в его осложнениях, например, как, ановуляция, множественные метаболические нарушения, нерегулярный менструальный цикл, которые в совокупности приводят к бесплодию. Многие авторы считают, что у женщин, страдающих поликистозом яичников, выявлен высокий риск нарушения восприимчивости глюкозы и развитию сахарного диабета II типа.

А также для развития данного синдрома способствуют нарушения гуморальнорегуляторной системы, что приводит в основном к нарушению работы гипофиза, дисфункции яичников, поджелудочной железы, коры надпочечников и всех желез организма в целом. Это связано с повышением гормона тестостерона, который является

основным мужским гормоном, и как нам известно у здоровых женщин в репродуктивном возрасте его концентрация составляет малое количество 0,13 – 3,09 пг/мл.

Нами было проведено анкетирование пациенток обратившихся в Республиканский репродуктивный центр за период 2019-2020 гг. об информированности о синдроме поликистоза яичников. Было выяснено, что 80% женщин и девушек информированы о данном синдроме. 50% ознакомились с факторами, которые влияют на развитие синдрома, из 50% – 20% указывали на нарушение гормонального фона женщины, 30% опрошиваемых указывали на наследственность. Также можно сказать, что большая часть анкетированных осведомлены о методе ультразвукового исследования – 80%. Опрошиваемые девушки знают о том, что при синдроме поликистоза яичников происходит нарушение детородной функции в репродуктивном возрасте, что одной из характерных черт считается отсутствие менструального цикла (100%). Также результаты анкетирования показали, что основные методы профилактики заключаются в посещении врача – гинеколога (60%), остальные врача-эндокринолога (40%). Таким образом, синдром ПКЯ относится к гормональному патологическому процессу, который возникает вследствие нарушения гипоталамической регуляции функции яичников. Это выражается в виде возникновения множественных новообразований в виде кист на половых железах женского организма. При развитии патологического процесса на поверхности яичников возникает мультифолликулярность, характеризующаяся появлением фолликулов, в которых находится жидкость и незрелые яйцеклетки. Такие изменения ведут к бесплодию. Однако при правильном лечении женщина может полноценно зачать, выносить и родить здорового ребенка. Также необходимо знать, что поликистоз яичников не является заболеванием, а фигурирует как клинический синдром, который возникает по различным причинам.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Захирова Н.Н., Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ) является термином, объединяющим группу патологических состояний, ассоциированных с беременностью, развивающихся в результате аномальной клеточной пролиферации трофобласта после оплодотворения. Включает доброкачественные формы: пузырный занос (полный или частичный). Злокачественные формы болезни - это инвазивный пузырный занос, трофобластическая опухоль плацентарной площадки, эпителиоидная трофобластическая опухоль и хориокарцинома (ХК). Наблюдается географическая неоднородность распространения ГТБ. В структуре онкогинекологической патологии частота злокачественных новообразований плаценты колеблется от 0,1 до 3,6%. Частота заболеваемости варьируется в значительных пределах - от 0,01‰ в Африке, Америке, Европе, Англии, Канаде и других до 2,2 ‰ во Вьетнаме. В восточно-азиатских странах трофобластические опухоли встречаются в 30-40 раз чаще, чем в Европе, а ХК наблюдается соответственно у 42,0-70,0% больных. По данным ВОЗ, число ежегодно регистрируемых случаев заболевания занижается не менее чем в 2 раза.

На сегодняшний день эпидемиология ГТБ в Узбекистане изучена недостаточно, статистикой учитываются лишь ее злокачественные формы, нет единых центров наблюдения за этим заболеванием.

Цель исследования. Изучить клинко-патологические особенности и распространенность различных форм ГТБ в Андижанской области.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено на основании изучения архивных данных Областного патологоанатомического бюро Андижанской области и Областного перинатального центра за 2015-2019 гг.

Результаты. За период исследования было выявлено 162 случая ГТБ. Из них 96,90% составили ПЗ, 0,8% - ХК. Среди случаев ПЗ 76,4% были полными ПЗ, 23,6% - частичный пузырный занос. Общим клиническим симптомом было влагалищное кровотечение, признаки раннего токсикоза. В большинстве случаев уровни бета-ХГЧ были между 50,000 - 100000 МЕ/мл. Основной контингент женщин были из сельской местности (83,3%), имели отягощенный акушерский анамнез (75%). Возрастной фактор (до 20 лет и старше 35) также имел значение, что свидетельствует о необходимости проведения просветительской работы среди женщин.

Выводы. Наблюдается тенденция увеличения случаев ГТБ. Необходимо дальнейшее изучение причин повышения уровня заболеваемости. Беременные женщины, клинически предоставленные патологическим влагалищным кровотечением, должны быть оценены на ГТБ. Гистопатологическая экспертиза обязательна для подтверждения диагноза. Тщательное обследование и наблюдение данных пациенток важно для ранней диагностики злокачественных форм ГТБ.

ФИТОЛЕЧЕНИЕ ПРИ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ

Дергунова Г.Е., Салиев С., Мухаммадиев Ш.

ТашПМИ

Цель работы. Изучить эффективность фитотерапии у детей с рецидивирующими формами бронхитов.

Материалы и методы. В условиях современной интенсивной терапии, характерные симптомы болезни исчезают быстрее, чем при естественном ходе событий при этом увеличивается временной разрыв между клиническим и морфологическим выздоровлением, что часто способствует реинфицированию. Фитотерапия, назначенная в период обратного развития болезни способна устранить этот недостаток современной терапии.

В связи с вышеизложенным в основу исследования положены данные обследования 90 детей с рецидивирующими формами бронхитов (РБ). Возрастная градация составила 5-7 лет (средний возраст - $6,2 \pm 0,5$ лет). Согласно распределению по полу, было установлено преобладание мальчиков над девочками в 1,6 раз.

70% обследованных детей имели сопутствующую хроническую ЛОР патологию и частые ОРВИ, способствующих возникновению рецидива бронхита.

60 детей из всех обследованных на фоне обострений хронической ЛОР патологии и ОРВИ получали базисную терапию в течение 10-14 дней и фитосборы «Кашлюнет» и «Оралфит» в течение 4 недель. Они составили основную группу. Назначенные фитосборы обладают противовоспалительным, противоотечным и иммуномодулирующим эффектами. В группу сравнения вошли 30 детей с РБ, получавших базисную терапию в течение 10-14 дней.

Все детям было проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование, с включением динамической оценки status localis в зонах воспаления. Катамнез изучался в течение 2-х лет.

Результаты. На фоне приема фитосбора «Кашлюнет» внутрь и полоскания горла «Оралфит» 4 раза в день в 86% случаев отмечено субъективное облегчение уже после первых двух дней лечения. По истечению первой недели лечения при осмотре в полости рта и области зева в 93% случаев выявлены исчезновение гиперемии и отека слизистой оболочки. Исчезновение этих симптомов у детей группы сравнения произошло на $2,5 \pm 0,25$ дня позже.

В 2,5 раза снизилась заболеваемость ОРВИ в течение 4-х месяцев, следующих за 4 недельным курсом приема «Кашлюнет» и «Оралфит», а в группе сравнения повторные ОРВИ отмечены у 46% детей.

45 детям с РБ повторные 4-х недельные курсы приема фитосборов «Кашлюнет» и «Оралфит» проводились 3 раза в год на протяжении последующих 2-х лет. Катамнестические данные указывают на снижение повторных эпизодов рецидивов бронхита и обострения хронической ЛОР патологии в 1,3 раза.

Выводы. Таким образом, фитосборы «Кашлюнет» и «Оралфит», назначенные в комплексной терапии больным с рецидивирующими формами бронхитов способствовали сокращению сроков исчезновения симптомов ОРВИ, обострений хронической ЛОР патологии и предупреждали повторные эпизоды заболевания.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ

*Дергунова Г.Е., Рахимова Д.
ТашПМИ*

Актуальность: Большое значение для эффективности интракардиальной гемодинамики имеют ранние изменения диастолы. Изучению диастолической функции сердца в процессе адаптации к физическим нагрузкам у подростков уделяют недостаточное внимание. Практически мало изучены закономерности сердечной релаксации при возрастной адаптации к мышечной деятельности различной интенсивности.

Выше сказанное и определяло **цель** исследования: изучить закономерные изменения диастолической функции сердца у подростков на этапах адаптации к физическим нагрузкам.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 35 подростков мальчиков в возрасте 14-17 лет, которые занимались видами спорта, развивающими выносливость. По возрасту и стажу занятий спортом обследуемые были разделены на 2 группы. Первая - подростки 14-15 лет со стажем занятий спортом 3-4 года (показывающие результаты II-III взрослого разряда – этап умеренной адаптации), вторая – подростки 16-17 лет, регулярно тренировались в течение 5-7 лет – кандидаты в мастера спорта (этап устойчивой адаптации).

Результаты исследования: на фоновом этапе адаптации фаза изометрического расслабления, характеризующая релаксационные процессы миокарда, с начала работы закономерно уменьшалась пропорционально увеличению мощности физической нагрузки. Это указывает на преждевременное включение функциональных резервов миокарда и, следовательно, на лабильность сердечно-сосудистой системы. На этапе умеренной и устойчивой адаптации фаза изометрического расслабления достоверно не изменялась на протяжении всей пробы. На высокий этап адаптации к физическим нагрузкам, которые развивают преимущественно выносливость, формируется новый дополнительный механизм диастолического наполнения за счет систолы предсердий (предсердный механизм регуляции диастолы).

Заключение: долговременная адаптация к циклической мышечной деятельности сопровождается снижением лабильности сердечно-сосудистой системы, оптимизацией включения функциональных резервов миокарда и повышением эффективности использования времени сердечного цикла миокарда во время нагрузки увеличивающейся мощности.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕОНАТАЛ СЕПСИСДА ТИМУСНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

*Зияев Ш.А., Исраилов Р.
АнðМИ, ЎзР ССВ РПАМ*

Организмга экстремал омиллар, жумладан инфекция таъсир этганда барча аъзо ва тизимлар катори, иммун тизим ҳам жавоб бериш жараёнида силласи қуриши мумкин. Чақалоқларда неонатал сепсис ривожланишига асосий сабаб бўлиб она организмнинг инфекция қасалликлари ҳисобланади. Ҳомила даврида инфекциянинг ўтиши эрта неонатал сепсисга олиб келса, интранатал ва эрта постнатал даврда болага тушган инфекция кечги неонатал сепсис ривожлантиради.

Ишнинг мақсади: Тимуснинг ўзига хос гистеоархитектоникасидан келиб чиққан ҳолда, неонатал сепсисга қарши жавоб реакциясида ривожланадиган патоморфологик ўзгаришларини ўрганишдан иборат.

Материал ва текширув усуллари: Неонатал даврда сепсиснинг ҳар хил формаларидан нобуд бўлган чақалоқларнинг аутопсия материали таҳлил қилинди. Жами материал 83 та болалар аутопсиясидан иборат бўлди. Назорат гуруҳи сифатида 18та бош мия жарохатидан нобуд бўлган чақалоқлар тимуси олинди. Аутопсия материалдан 47 таси, яъни 56,6% чала туғилганлар, қолгани, яъни 36 таси етилиб туғилганлар (43,4%) ташкил қилди. Чала туғилишнинг сабабларини аниқлаш мақсадида барча гуруҳларда оналар томонидан ҳомиладорлик даврида ўтказган экстрагенитал ва ҳомилага боғлиқ патологиялар, уларнинг анамнезлари, касаллик тарихи ва туғруқ картаси орқали ўрганиб чиқилди. Шу ҳолат аён бўлдики, бола қанчалик чуқур даражада чала туғилган бўлса, онада шунчалик касалликлар комбинацияси кўп ва оғир кечганлиги аниқланди.

Тимус морфофункционал ҳолатини баҳолаш учун, унинг абсолют вазни ўлчанди, танага нисбатан вазни индекс ҳисобланди. Тимуснинг аъзо ичи махсус тузилмаларини таҳлил қилиш учун пўстлоқ ва мағиз қаватлар кенглиги, пўстлоқнинг мағиз қаватга нисбатидан пўстлоғининг индекси, гистологик препаратнинг шартли майдонида лимфоцитларнинг зичлиги, Гассал таначасининг сони ва ўлчами ҳисобланди. Бу морфометрик ҳисоблашлар Г.Г. Автандиловнинг МОВ -1-15х окулярмикрометр ва окуляр тўри ёрдамида амалга оширилди. Қўлга киритилган морфометрик маълумотларнинг ишончлилиқ даражаси Стъудентнинг t-мезони орқали баҳоланди.

Натижалар ва муҳокама. Клиник-морфологик таҳлил шуни кўрсатдики, материалнинг асосий гуруҳи чала туғилганлар (56,6%), қолганлари етилиб туғилганлар (43,4%) бўлди. Чала туғилганлар таркибида чала туғилишнинг чуқур кам, енгил даражалари кўпчилиқни ташкил қилди.

Неонатал даврда сепсис билан касалланиб нобуд бўлган болалар тимусида аслида туғма ҳолдаги патологиялар, жумладан гипоплазия ва дисплазия мавжудлиги организмда иммун танқислигига олиб келиб, касаллиқни оғирлаштирган ва оғир асоратларга олиб келиб нобуд бўлишига сабабчи бўлган. Шунинг учун тимусдаги сепсис таъсирида ривожланидиган патоморфологик ўзгаришлар, аслида туғма ҳолда мавжуд гипоплазия ва дисплазия каби ўзгаришлар билан қўшилиб кетганлиги ва оғир патоморфологик ўзгаришларга олиб келганлиги кузатилди.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИМУСА ПРИ СЕПСИСЕ У НЕДОНОШЕННЫХ

Зияев Ш.А., Исроилов Р.И.

Андижанский государственный медицинский институт, РПАМ

В последние десятилетия проблема сепсиса новорожденных вновь приобретает актуальность. До настоящего времени, несмотря на наличие значительного количества исследований, вопросы морфологического состояния органов иммунной системы при различных патологических состояниях у детей, особенно у недоношенных новорожденных, остаются малоизученными.

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения в тимусе на фоне недоношенности и развития различных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились тимусы 63 недоношенных детей, умерших в неонатальном периоде от сепсиса. В качестве контроля исследован тимус 16 новорожденных с массой тела больше 3000 г, рожденных в срок и умерших от черепно-мозговой родовой травмы. Во время вскрытия трупов выделяли тимус, взвешивали и определяли весовой коэффициент тимуса (ВКТ). Для унификации учета морфологических изменений тимуса в условиях недоношенности и различных патологий разработан алгоритм оценки морфологических признаков.

Результаты исследования показали, что при недоношенности не только показатели массы тела низкие, но и уменьшается масса внутренних органов, в частности центрального органа иммуногенеза тимуса, что приводит к развитию иммунодефицитного состояния у новорожденных. Отмечено, что чем ниже показатели массы тела недоношенных, тем ниже масса тимуса, значительно снижен весовой коэффициент тимуса в сравнении с нормой. При I и II степени недоношенности, хотя масса тела несколько увеличена, масса тимуса остается в низких цифрах, и в связи с этим весовой коэффициент тимуса также значительно уменьшается. При гистологическом изучении патоморфологических изменений в тимусе на фоне недоношенности и развития различных заболеваний применяли алгоритм. Все морфологические изменения пронумеровали последовательными цифрами и для сравнительного изучения их встречаемости перевели на проценты. Проведенными исследованиями установлено, что в большинстве наблюдений отмечается сохранение общей гистоархитектоники тимуса. В этих случаях прослеживалось четкое деление на корковый и мозговой слои, дольки крупных или средних размеров, строма выражена слабо. В мозговом слое имели тимические тельца, число которых довольно вариабельно.

Выводы. Морфологические и морфометрические показатели, а также масса и весовой коэффициент тимуса недоношенных новорожденных, умерших от септического явления, значительно уступают по сравнению с данными нормы, и они зависят от степеней недоношенности и тяжести сепсиса.

Составление особенностей морфологических изменений для определения той или иной патологии в тимусе позволило нам определить критерии нормального развития и становления тимуса, а также признаков отставания от нормы, гипоплазии, дисплазии и преждевременной атрофии тимуса на фоне недоношенности и присоединения септического явления.

ОСЛОЖНЕНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ибрагимов Б.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В акушерско - гинекологической эндокринологии самым распространенным эндокринным нарушением среди женщин является синдром поликистозных яичников. Синдром поликистозных яичников, или синдром Штейна - Левентала является одной из главных причин женского бесплодия и может встречаться в любом возрасте.

Женщины, страдающие синдромом поликистозных яичников, подвержены повышенному риску развития осложнений. Основными осложнениями синдрома поликистозных яичников в раннем репродуктивном возрасте являются нарушения менструального цикла, гиперандрогения или бесплодие. В позднем же репродуктивном возрасте: рак органов малого таза, осложнения во время беременности, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе.

Нарушение менструального цикла характеризуется не только его нерегулярностью, но и полным отсутствием. Женщины часто жалуются на усиленный рост по мужскому типу. Волосы начинают появляться на подбородке, груди, животе, бёдрах, промежности.

Ожирение бывает не всегда, но является характерным признаком. По современным представлениям, у женщин с синдромом поликистозных яичников чаще развивается ожирение абдоминального типа. Синдром поликистозных яичников в сочетании с абдоминальным ожирением приводит к развитию инсулинорезистентности. Любой клинический случай ожирения у женщины осложняется такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, обструктивное апноэ, дислипидемия.

В настоящее время установлена высокая частота различных нарушений углеводного обмена у женщин с синдромом поликистозных яичников. По некоторым данным расстройства углеводного обмена в виде нарушения толерантности к глюкозе имеют 30-40% женщин с синдромом поликистозных яичников. Такая инсулинорезистентность может привести к развитию [сахарного диабета](#) II типа.

Для акушеров-гинекологов наиболее грозным осложнением синдрома поликистозных яичников является рак эндометрия. Хроническая ановуляция и чрезмерная стимуляция эндометрия эстрогенами, а также высокая чувствительность эндометрия к эстрогенам обуславливают высокий риск развития атипической гиперплазии или рака эндометрия. Риск развития предрака и рака эндометрия существенно возрастает при наличии у женщин с синдромом поликистозных яичников гиперлипидемии, сахарного диабета, артериальной гипертензии, гиперкортицизма.

Большенство исследований сфокусированы на проблеме риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин с синдромом поликистозных яичников, но их выводы противоречивы. Однако метаболические нарушения, такие как дислипидемия (нарушение обмена холестерина и триглицеридов), нарушение толерантности к глюкозе, абдоминальное ожирение и артериальная гипертензия увеличивают риск развития инфаркта миокарда, инсульта, атеросклероза сосудов, тромбоза и тромбоэмболии. По сравнению с сердечно-сосудистыми заболеваниями заболевания сосудов мозга признаны одним из наиболее частых последствий синдрома поликистозных яичников.

Многие женщины с синдромом поликистозных яичников не могут зачать или имеют трудности с зачатием вследствие нерегулярности менструального цикла и отсутствия или редко происходящих овуляций. Если же беременность наступила, то синдром поликистозных яичников у беременных грозит высоким риском возникновения осложнений, что непосредственно связано с ожирением, нарушением метаболизма глюкозы и маточного кровообращения. Это такие осложнения как риск [выкидыша](#) или преждевременных [родов](#), плацентарная недостаточность, невынашивание [беременности](#), гибель плода, гипоксия плода в хронической форме. Так, у женщин с синдромом поликистозных яичников в три раза повышена вероятность выкидыша на раннем сроке. Кроме того, у них выше возможность возникновения гестационного сахарного диабета, преэклампсии и эклампсии с нарушениями функции разных органов. Все эти изменения опасны и для матери, и для ребёнка. Кроме того, крайне важно предполагать отдалённые последствия беременности при синдроме поликистозных яичников, так как исход гестации может влиять и на дальнейшую репродуктивную функцию.

Выводы. На сегодняшний день до конца не изучены подходы к ведению беременности и перинатальному прогнозированию у женщин в зависимости от методов восстановления фертильности при синдроме поликистозных яичников. Информативность медицинских работников позволят предотвратить осложнения синдрома поликистозных яичников, в том числе метаболические нарушения и рак эндометрия. Женщины, входящие в группу риска, будут нуждаться в пожизненной профилактике и лечении синдрома поликистозных яичников с целью предотвращения неблагоприятных последствий.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСКЛЮЧЕНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

*Ибрагимов Ж.Х., Бозоров Ш.Т., Туракулов З.Ш., Юлдашев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одним из распространенных и тяжелых заболеваний в абдоминальной хирургии. Удельный вес ее от всех видов кишечной непроходимости у детей составляет, по нашим данным, 38,95%, что в целом соответствует сведениям других авторов. Лечение пациентов со спаечной болезнью органов брюшной полости является весьма сложной задачей, что связано с тяжестью клинического течения и развитием грозных осложнений, отсутствием адекватных унифицированных методов предупреждения рецидивов.

Цель исследования. Унификация подхода к больным с подозрением на ОСКН и разработка метода консервативного разрешения ОСКН у детей.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 35 детей, поступивших с клиникой острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Самая малочисленная группа - дети до 4 лет - 12 (34,3%). Основная масса поступивших представлена детьми от 8 до 14 лет - 23 (65,7%). Мальчиков - 21, девочек - 14.

Результаты и их обсуждение. Независимо от сроков поступления и сочетания клинических симптомов всем больным в приемном отделении был назначен комплекс консервативной терапии. Исходя из наших предположений, что спаечная болезнь - это самостоятельное, полициклическое, прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит генерализованная, гиперэргическая реакция соединительной ткани на внешние раздражители (нарушение диеты, воспалительные процессы, простудные заболевания, обострение хронических заболеваний), наша схема консервативной терапии в начальном этапе спаечной болезни состояла из следующих принципиальных моментов. 1. С целью проведения декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилось зондирование желудка (известно, что повышение давления в просвете кишечной трубки с последующим нарушением кровоснабжения кишечной стенки играет немаловажную роль в патогенезе кишечной непроходимости любой этиологии). 2. Для снижения отека и воспаления соединительной ткани кишки и плоскостных спаечных воспалительных образований брюшной полости

проводилась гормональная терапия, состоящая из введения внутривенно капельно гидрокортизона из расчета 4-6 мг/кг веса или преднизолона по 3 мг/кг массы тела в 5% или 10% растворе глюкозы. 3. Т.к. любое нарушение перистальтики кишечника находится в прямой зависимости от тонуса гладкомышечной мускулатуры и содержания ионов K^+ в циркулирующей жидкости, адекватного кровоснабжения кишечной трубки, мы считаем принципиально важным восстановление объема циркулирующей крови с непрерывным включением в объем инфузионной терапии 7,5% раствора хлорида калия из расчета 1 мэкв/кг массы тела.

Применение подобной тактики позволило исключить диагноз ОСКН у 53% детей. После однократного проведения курса терапии у (49,06%) и двукратной схемы у (50,94%) больных значительно улучшилось состояние, исчезли боли в животе, прекратились рвота, вздутие живота и улучшились показатели периферической крови, снизилась интоксикация. Считаем важным отметить, что предложенную нами схему лечения можно считать не только составной частью консервативной терапии и предоперационной подготовки пациента, но и включить в алгоритм дифференциальной диагностики органических и функциональных заболеваний ЖКТ.

Выводы: 1. Предложенная схема консервативной терапии позволяет исключить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости в 30,29% наблюдений. 2. Предложенная нами схема терапии способствует консервативному разрешению ОСКН в 26,29% случаев.

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

*Ибрагимов Мухаммаджон Бахрамджанович
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. На основании анализа дисперсионного картирования ЭКГ выявить возможность использования данного метода в качестве диагностики вегетативной регуляции и состояния миокарда при АГ у детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 279 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет. Подростки были распределены на 3 группы пациентов. Основная группа (199 чел.) – дети с верифицированным диагнозом первичной АГ. Группа сравнения включала в себя 30 человек с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) без АГ, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неинфекционного генеза. Контрольная группа состояла из 50 здоровых детей подросткового возраста, имеющих 1 и 2 группы здоровья, с отсутствием признаков СВД, без отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям и не имеющих факторов риска по развитию АГ.

Результаты исследования. Гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), формирующаяся под влиянием высокого артериального давления, с помощью стандартной ЭКГ не выявлена. По данным Эхо-КГ достоверных признаков гипертрофии ЛЖ в виде превышения 99-го перцентиля индекса (в г/м²,7) массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) не обнаружено. Однако у 40,0% подростков, страдающих АГ, значения индекса ММЛЖ находились в пределах между 95-м и 99-м перцентилями.

При сравнении трех групп количественных данных индекса «Миокард», не подчиняющихся закону нормального распределения, с использованием критерия Краскела-Уоллиса статистически значимых различий не выявлено ($N=1,051$; $df=2$; $p=0,591$). Это можно объяснить отсутствием у подростков заболеваний, характеризующихся клинически выраженными ишемическими изменениями в миокарде, по данным полного клинико-инструментального обследования.

Однако обращает на себя внимание значительный размах значений индекса микроальтераций «Миокард» в группе пациентов с АГ, как показал дальнейший анализ, обусловленный пациентами со стабильной АГ (от 7 до 97). Стабильная форма АГ у подростков характеризуется длительным стажем заболевания, индексом времени гипертензии по данным СМАД более 50% и поражением органов-мишеней (начальные признаки формирования гипертрофии ЛЖ). Это дает нам право предполагать, что патологические значения показателя «Миокард» по результатам дисперсионного картирования ЭКГ появляются прежде клинических проявлений нарушения электрофизиологических свойств миокарда и изменений на стандартной ЭКГ у подростков с АГ.

Анализ соотношения нормальных (<15%), пограничных (от 15 до 25%) и патологических (>25%) значений индекса микроальтераций «Миокард» в группе пациентов с АГ, референтной и контрольной группах статистически значимых различий не выявил. Дальнейшее изучение качественных данных показателя «Миокард» обнаружило, что наибольшая доля патологических значений (14,8%) отмечена у пациентов со стабильной формой АГ. Необходимо отметить, что в исследовании возможностей дисперсионного картирования ЭКГ у взрослых с гипертонической болезнью значения индекса микроальтераций «Миокард» были достоверно выше в группе с гипертрофией ЛЖ (по данным стандартной ЭКГ и Эхо-КГ), чем в контрольной группе.

Вывод. Таким образом, мы рекомендуем использование дисперсионного картирования ЭКГ при массовых профильных осмотрах у детей подросткового возраста для формирования группы риска по развитию артериальной гипертензии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

*Ибрагимов Мухаммаджон Бахрамджанович
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью данного исследования явилось изучение клинико-диагностических особенностей детей со смешанными специфическими расстройствами психического развития.

Материалы и методы исследования. Проведен клинический анализ историй болезни 95 детей. Контрольную группу (№1) составили 50 (27 мальчиков и 23 девочки) детей с темповой задержкой развития. В опытную группу (№2) включены 45 детей (32 мальчика и 13 девочек) с диагнозом смешанные специфические расстройства психического

развития. Возраст варьировал от 3 до 9 лет. Проанализированы данные анамнеза, неврологического статуса, электроэнцефалографии (ЭЭГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Визуальным и количественным методом, проведена оценка отдельных параметров ЭЭГ, которые позволяют определить биологическую активность головного мозга, выявить очаги повышенной активности.

Результаты исследования. Проанализированы анамнестические данные детей группы №2: течение беременности, интранатального периода, постнатального развития ребенка. Ведущие травмирующие факторы обнаружены у 36 детей (81%). Угроза прерывания отмечалась у 10 детей (23%), перинатальная энцефалопатия – у 10 детей (23%), внутриутробная гипоксия – у 6 (14%), гестоз беременных – у 5 (12%), обострение хронических заболеваний матери в период беременности – у 4 (9%), обвитие пуповины – у 4 (9%), асфиксия плода – у 2 (5%) и другие – внутриутробная инфекция, анемия, родовые травмы.

Учитывались анамнестические данные опытной группы о нервно-психических навыках детей: захват игрушки, гуление, лепет, фиксация взгляда на каком либо объекте. По данным литературы первое гуление появляется к 1-2-му месяцу жизни ребенка, а лепет – к 6 месяцам. У 31 ребенка (69%) на первых годах жизни наблюдалась задержка речевого развития. А у 15 (35%) детей наблюдалась позднее формирование навыка по длительной фиксации взгляда на предмете.

При объективном исследовании учитывались такие показатели как: реакция ребенка на осмотр врачом, мышечный тонус, состояние сухожильных рефлексов, форма головы, изменения со стороны черепно-мозговых нервов, а также речь, моторика, эмоционально-познавательная сфера. В группе №2 около 42% детей охотно вступают в контакт с врачом, 24% - частично, возможно быстрое истощение, отвлечение ребенка, а 34% на осмотр не реагируют.

У большинства детей 2-й группы мышечный тонус не изменен (60,4%), снижен у 31,6% и дистоничен у 8%. Более чем у половины пациентов (58%) оживлены сухожильные рефлексы. Гидроцефальная форма головы встречается у детей (45%), уплощенный затылок у (5%) и у половины больных правильная неизменная форма. У детей (76,3%) не наблюдается патологии черепно-мозговых нервов, однако на долю расходящегося косоглазия приходится 18,4%, а сходящегося косоглазия встречается в 5,3%.

Нарушения речи (у 94,7% детей) в опытной группе представлены выраженной дизартрией (63,1%), отсутствием экспрессивной речи (13,2%), эхолалией (10,5%), заиканием (7,9%)

Вывод. Факторы риска (угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия, гестоз матери, обвитие пуповиной, ПЭП), которые преимущественно встречаются у детей со смешанными специфическими расстройствами психического развития, инициируют гипоксические процессы в головном мозге плода или новорожденного, что может привести, в том числе, к отдаленным последствиям в виде нарушений психоречевого развития.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Практически неуточненным аспектом лекарственного мутагенеза является проблема оценки генотоксических эффектов от комбинированных лекарственных воздействий. В связи с этим изучение уровня ХА в лимфоцитах периферической крови у детей, инфицированных Нр, а, также динамики его изменения после эрадикационной, терапии, является актуальным для1 определения прогноза течения, заболевания.

При Нр-ассоциированных заболеваниях верхних отделов-пищеварительного тракта часто выявляются и нарушения состава микрофлоры толстой кишки, изменяющиеся в' процессе эрадикационной* терапии, что требует своевременной коррекции с использованием различных пре- и пробиотиков.

Современная медицина располагает богатым арсеналом-фармакологических,, средств, оказывающих действие на* различные звенья патогенеза- хронической гастродуоденальной, патологии. Однако при, их использовании не всегда удается достичь стойкой ремиссии, предупредить развитие рецидивов и избежать нежелательных лекарственных^ воздействий. Поэтому важной задачей является^ поиск препаратов, способствующих усилению защитных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной* кишки > и не вызывающих развития серьезных побочных эффектов.

Цель исследования. Дать клинико-лабораторное обоснование применения комбинированных схем эрадикационной1 терапии хронической гастродуоденальной патологии, ассоциированной с Нр, у детей, способных улучшить результаты общепринятого лечения.

Материал и методы исследований. Объектом клинического исследования были 110 детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении детской республиканской клинической больницы г. Андижана.

Результаты исследования. У детей с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с Нр, установлено повышение процента ХА в лимфоцитах периферической крови.

Мутагенный эффект находится в прямой зависимости от уровня инфицированности детей. Наиболее значительное увеличение ХА обнаруживается у детей с высокой степенью ' обсемененности Н. pylori слизистой оболочки желудка. Установлена цитогенетическая активность тройной схемы эрадикационной терапии, проявляющаяся в достоверном повышении процента ХА в лимфоцитах периферической крови после лечения.

Установлена зависимость процессов перекисного окисления липидов от морфологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с более выраженными изменениями при эрозивно-язвенных процессах вне зависимости от локализации дефектов слизистой оболочки, а также увеличение содержания МДА при снижении активности каталазы в сыворотке крови.

Критериями прогнозирования генотоксических побочных эффектов традиционной эрадикационной терапии могут быть: отягощенный акушерский и аллергологический анамнез, неблагоприятная наследственность по гастроэнтерологической патологии, раннее искусственное и смешанное вскармливание, перенесенные острые кишечные инфекции, персистенция инфекции Нр.

Применение комбинированной терапии с включением фитококтейля «Биоритм-РС» и энтеросорбента «Рекицен-РД» оптимизирует общепринятое лечение больных с хронической гастродуоденальной патологией. По сравнению с традиционной эрадикационной терапией раньше купируются болевой и диспепсический синдромы, исчезает локальная пальпаторная болезненность, существенно усиливается эрадикационный эффект, ярче выражена положительная динамика гистоморфологической картины, снижается процент ХА в лимфоцитах периферической крови.

Вывод. Результатами проведенного исследования доказана высокая информативность цитогенетического метода в диагностике токсического воздействия эрадикационной терапии и обоснована целесообразность включения фитоадаптогенов и энтеросорбента в схемы лечения.

Разработана программа комбинированной терапии детей с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с Нр, с включением препаратов, обладающих антиоксидантными и антимутагенными свойствами. Назначение фитоадаптогена и энтеросорбента в схемах эрадикационной терапии проявляется положительной динамикой клинических проявлений заболевания и сокращением сроков пребывания больных в стационаре, что позволяет их широкое использование в практическом здравоохранении.

Предложенные схемы лечения будут способствовать повышению качества оказания медицинской помощи детям с хронической гастродуоденальной патологией.

СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ

Ибрагимов Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В современных войнах и вооруженных конфликтах проблема защиты населения и территорий от опасностей, возникающих при военных действиях и вследствие них, будет весьма актуальной. Следовательно, гражданская оборона (ГО), призванная обеспечить жизнедеятельность населения и государства в экстремальных условиях военного времени, в современных условиях была, есть и будет важной государственной функцией.

В полном объеме роль и место гражданской обороны в современных условиях определяются решаемыми ею задачами, содержание и способы выполнения могут меняться в зависимости от конкретных условий обстановки.

К основным задачам гражданской обороны с позиций сегодняшнего дня можно отнести:

- оповещение и информирование населения об угрозе и действиях в складывающейся обстановке;
- эвакуацию населения, материальных и культурных ценностей;
- инженерную, радиационную, химическую, медико-биологическую и противопожарную защиту населения;
- защиту водисточников (систем водоснабжения), продовольствия, пищевого сырья, фуража, сельскохозяйственных животных и растений;
- повышение устойчивости функционирования объектов;
- проведение мероприятий по комплексной маскировке;
- проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ;
- первоочередное жизнеобеспечение пострадавшего населения;
- восстановление и поддержание порядка в пострадавших районах;
- срочное захоронение трупов;
- всеобщее обучение населения;
- обеспечение мобилизационной готовности гражданской обороны;
- организацию управления мероприятиями гражданской обороны;
- участие сил гражданской обороны в ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- иную деятельность, необходимую для осуществления задач гражданской обороны, включая планирование и организацию проведения ее мероприятий.

Анализ перечисленных задач позволяет констатировать, что гражданская оборона в современных условиях является одним из элементов системы обеспечения национальной безопасности Узбекистана, составной частью оборонной функции государства.

Гражданская оборона в современных условиях решает проблемы сохранения людских ресурсов и экономического потенциала страны. Она обеспечивает защиту и жизнедеятельность населения в военное время, спасая и оказывая помощь пораженным и пострадавшим, монополюно решает важнейшую часть социальных функций государства, повышает устойчивость функционирования объектов экономики, защищая материальные и культурные ценности, снижая опасность образования вторичных очагов поражения в условиях войны, а в конечном итоге наносимый противником ущерб. Гражданская оборона в современных условиях осуществляет значительный объем экономических функций государства.

Сегодня можно констатировать все более возрастающий процесс обострения проблем обеспечения безопасности как отдельной личности, так и всего человечества в целом.

Новый век несет в себе возрастание угроз техногенного характера, увеличение рисков возникновения экологических, климатических, социальных, экономических и многих других катастроф и стихийных бедствий. Актуальность проблем защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, а также от опасностей, возникающих при ведении военных действий, или вследствие этих действий не снижается.

В последнее десятилетие произошел решительный поворот военных теоретиков и историков к разработке новой концепции войны, новых форм и способов вооруженной борьбы. Они исходят из того, что при качественно новых средствах вооруженной борьбы, создаваемых на базе новейших технологий, в том числе, высокоточного оружия и оружия на новых физических принципах, неизбежно изменится характер войны.

Для лишения противника возможности активного сопротивления в современных войнах и вооруженных конфликтах удары, как подчеркивалось выше, будут наноситься по наиболее важным объектам экономики и инфраструктуры, к которым, по взглядам военных стратегов, можно отнести: пункты управления, узлы связи, радиовещательные станции, телецентры, узлы железных дорог, железнодорожные мосты (основные железнодорожные

направления), автодорожные мосты государственных магистралей. Морские (речные) порты, базы, аэропорты, насосные станции магистральных трубопроводов, склады госрезервов, атомные станции, гидроэлектростанции, тепловые электростанции, подстанции ЛЭП, склады ГСМ, нефтебазы, нефтеперерабатывающие и нефтехимические производства, производства оборонного комплекса, производства цветной и черной металлургии, производства машиностроения и производства электрооборудования тоже являются такими объектами.

По оценочным прогнозам, в случае возникновения войны, даже только с применением обычного оружия, она приобретет черты повышенного риска из-за угрозы разрушения потенциально опасных объектов и, фактически, становится подобием войны с применением оружия массового поражения. Хотелось бы подчеркнуть, что роль гражданской обороны страны в современных войнах и в современных условиях резко возрастает. Она приобретает большую значимость для государства, становится военно-стратегическим фактором.

Подводя итоги вышесказанному, можно констатировать, что гражданская оборона не может оставаться в прежнем виде, необходима ее реформа.

В обозримом будущем ГО, как и вся оборона страны, должна строиться по принципу стратегической мобильности. Промышленность, сельское хозяйство, органы управления должны быть готовы к быстрому переходу на работу по планам военного времени. Каждый регион должен стать более самостоятельным, чтобы мог решать задачи, как правило, своими силами. Это можно было бы сформулировать так: максимальное сохранение имеющегося потенциала, адаптация к новым военно-политическим и социально-экономическим условиям, создание возможностей для последовательного оперативного развертывания сил и средств в короткие сроки и до необходимого уровня, гибкое стратегическое и оперативное реагирование на изменения обстановки.

СОПОСТАВЛЕНИЕ МЕТОДОВ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Ибрагимова Н.С., Набиева Ф.С., Умарова С.С.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность изучения цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) обусловлена не только ее широким распространением среди детей раннего возраста и высокой смертностью, но и тем, что она не имеет специфических клинических признаков и часто приходится сталкиваться с тяжёлыми отдалёнными последствиями со стороны центральной нервной системы и внутренних органов. Это связано с возрастными особенностями иммунитета детского организма и неоднозначностью влияния вируса на различные биологические ткани, что нередко вызывает у врачей затруднения в диагностике и лечении.

Цель исследования. В связи с этим целью данной работы было выявление значимости методов иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции в диагностике цитомегаловирусной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 13 детей в возрасте от 1 года до 9 лет, с подозрением на цитомегаловирусную инфекцию, проходившие лечение во №2 клинике Самаркандского Государственного Медицинского института. Иммуноферментным методом в сыворотке крови определяли иммуноглобулины класса М к цитомегаловирусу (наборы ЦМВ-IgM (ЗАО «Вектор-Бест»)). Набор реагентов для выявления ДНК цитомегаловируса человека в крови - методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией АмплиСенс®CMV-FL (набор ООО «ИнтерЛабСервис»).

Результаты исследования. Из обследованных детей, мальчиков было 8 (61,5%), а девочек – 5 (38,5%). У 100% детей анамнез был отягощён: частые простуды, безпричинные повышения температуры тела, слабость, быстрая утомляемость, головные боли, желтушность склер, тяжесть в правом подреберье, явления бронхита и периодического воспаления мочевыводящей системы (плохо поддающиеся лечению).

Сопоставление каждого иммунологического показателя с результатами выявления вируса методом полимеразной цепной реакции выявило некоторые особенности: положительный тест ЦМВ-IgM и отрицательный результат теста ПЦР - 3,7%, положительный тест ЦМВ-IgM и положительный результат теста ПЦР - 11 %, отрицательный тест ЦМВ-IgM и отрицательный результат теста ПЦР - 48,4%, отрицательный тест ЦМВ-IgM и положительный результат теста ПЦР - 29,1 %, сомнительный результат ЦМВ-IgM и отрицательный тест ПЦР - 3,7 %, сомнительный результат ЦМВ-IgM и положительный тест ПЦР - 4,1%.

Выводы. Отсюда следует, чтобы улучшить диагностику различных клинических форм цитомегаловирусной инфекции у детей необходимо одновременно определить иммуноферментным методом специфический IgM и выявить ДНК цитомегаловируса методом полимеразной цепной реакции.

GEPATIT S XASTALIGIGA CHALINGAN HOMILADOR AYOLLARDA LABORATOR TAHLIL NATIJALARI

*Ibragimova S.R., Shokirova S.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Bugungi kunda dunyoda 2 milliarddan ortiq odamda gepatobiliar patologiyalar qayd etilgan. Ulardan 300-350 million bemorlar virusli gepatit V bilan va, taxminan, 170 millioni gepatit S bilan ogʻrigan. Oʻzbekistonda ham oxirgi 10 yilda surunkali gepatitlar va jigar sirrozi, surunkali xoletsistitlar soni koʻpaygan va gepatobiliar tizim kasalliklari nafas tizimi va yurak qon-tomir tizimi kasalliklaridan keyingi uchinchi oʻrinni egallamoqda. Gepatit C mazkur kasallikning eng ogʻir shakli boʻlib, asosan, qon quyish orqali yuqadi. Ayrim hollarda jinsiy aloqa orqali va homilador ayoldan homilaga oʻtishi mumkin. Bu kasallik yuqishidan namoyon boʻlgunga qadar 2 haftadan 26 haftagacha vaqt oʻtishi mumkin. Bu degani kasal yuqtirib olgan odam oʻzi bilmagan holda boshqalarga yuqtirib yurishi xavfi bor. Ayrim hollarda

tana haroratining ortishi kuzatilishi mumkin. Lekin jigar uchun u juda zararli bo'lib, vaqt o'tib jigar shishiga olib kelishi mumkin. Gepatit C ning zararli tomoni shundaki, u doimiy simptomsiz kasallikka aylanishi mumkin. Bunda jigar yillar mobaynida virusdan ta'sirlanib rak kasalligiga uchrashi mumkin.

Izlanish maqsadi: ilmiy izlanishdan asosiy maqsad – homilador ayollar o'rtasida kuzatilayotgan gepatit S xastaligini laborator tahlillarni o'rganish va ularda shunga asoslangan holda zamonaviy tashxis qo'yish va davolash masalalarini ishlab chiqishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari: biz o'z oldimizga qo'yib olgan vazifamizni bajarish uchun Andijon viloyati 2 – tug'ruq kompleksiga murojaat qilib kelgan, anamnezidan gepatit S bilan xastalangan bemor ayollardan jami 45 nafarini tanlab oldik.

Izlanish natijalari tahlili. Laborator tekshiruvlardan bemorlarga umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, umumiy axlat tahlili, qon bioximiyasi, PZR (polimeraz zanjirli reaksiya) tekshiruvi o'tkazilgan. Bemorlarning barchasida HCV antitela musbat topilgan. Qon bioximiyasida bilirubin miqdorining 29,9 dan 320 mm/lgacha ortganligi, timol sinamasining ortganligi (8,9 mmol/lgacha), sulema sinamasining 2,2 dan 1,48 gacha pasayganligi aniqlanadi. Qonda umumiy oqsil miqdori 4,5 g/lgacha kamayganligi qayd etilgan. Umumiy qon tahlilida 100% bemorlarda kamqonlik aniqlangan. Shulardan o'rta darajali kamqonlik (70-90g/l) 67,7% bemorda, og'ir darajadagi kamqonlik (70-55 g/l) 33,3% bemorlarda aniqlandi. Tahlillarga ko'ra, ayrim homilador ayollarda qon zardobida transaminazalar miqdori kamayishi (32,8%), qondagi aylanib yurgan virus miqdori ham pasayishi aniqlangan (24,6%). Bu holat homilador ayollar immun tizimining o'zgarishi va qonda jinsiy gormonlar esterogenlar miqdorining ortishi bilan bog'liq.

Xulosa. Homilador ayollarda virusli gepatit S kuzatilganida har oyda ularning biokimyoviy tekshiruv tahlillari o'tkazilib, hamroh kasalliklar va ulardagi asoratlarni qat'iy nazorat ostida davolanib borilishi talab etiladi. Bu esa o'z navbatida ayollarni tug'ruq bilan bog'liq muammolarini, chaqaloqning asoratli tug'ilish xavfini va ona – bola o'limining oldini oladi.

HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT S NING KLINIK NAMOYON BO'LISHI

*Ibragimova S.R., Shokirova S.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Gepatit C kasalligi yer yuzida keng tarqalgan kasalliklar guruhiga kirib, dunyo aholisining 3% ga yaqini gepatit C kasalligiga chalingan. Gepatit C kasalligi ko'p hollarda simptomsiz kechib, surunkali turga o'tishi, jigar sirrozi va karsinomasi bilan asoratlanishi mumkin. Bu kasallikda, taxminan, 17- 25% hollarda «Gepatit C» kasalligining o'tkir shakli bilan kasallangan bemorlarda spontan sog'ayish kuzatiladi, qolgan bemorlarda kasallik o'z vaqtida tashxislanmasligi va davolanmasligi bois, jigar hujayralarining surunkali yallig'lanishi rivojlanib, og'ir asoratlarga olib keladi.

Izlanish maqsadi: ilmiy izlanishdan asosiy maqsad – homilador ayollar o'rtasida kuzatilayotgan gepatit S xastaligining klinik kechishini o'rgangan holda ularda zamonaviy tashxis qo'yish va davolash masalalarini ishlab chiqishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari: biz o'z oldimizga qo'yib olgan vazifamizni bajarish uchun Andijon viloyati 2 – tug'ruq kompleksiga murojaat qilib kelgan, anamnezidan gepatit S bilan xastalangan bemor ayollardan jami 45 nafarini tanlab oldik.

Tekshiruv natijalari va ularning muhokamasi. Kuzatuv davomida ayollardan 13,3% homilaning «Gepatit C» kasalligi bilan zararlanishi kuzatilgan. 20% bemorlarda homiladorlik davrida uyquchanlik, holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, tana vaznining kamayishi, o'ng qovurg'a ravog'i ostida diskomfort hissi kuzatilgan. 23,7% bemorlarda klinik belgilar kuzatilmagani holda qondagi fermentlar miqdorining o'zgarishi va gestozlar aniqlangan. 3,7% bemorlarda kasallik teridagi toshmalar va bo'g'im og'riqlari belgilari kuzatilishi bilan namoyon bo'lgan. 33,6% bemorlarda qusish, ko'ngil aynishi, o'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq, siydik rangining o'zgarishi, teri qoplamlari va skleraning sarg'ayishi, jigar va taloq o'lchamlarining kattalashishi aniqlangan. Biroq tug'ruq o'z vaqtida boshlanib, homilaning sog'lom dunyoga kelishi qayd etilgan. 17% bemorlarda kasallik og'ir kechganligi bois, homiladorlikning erta muddatlarida homilaning muddatidan oldin tug'ilishi (2 ayolda), o'lik homila tug'ilishi (3 ayolda), homiladorlikning erta davrlarida bola tashlash (2 ayolda) holati yuz bergan. Biz tekshingan homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida (3-16, 4% bemorlarda) juda og'ir kechishi kuzatildi. Homilador ayollarda kasallikning yengil kechishi faqat 3,9% da, og'ir kechishi esa 28,2% da kuzatildi.

Xastalikning og'ir kechishi homiladorlikning ikkinchi yarmi, bevosita tug'ruqdan keyingi davr hamda ayollarning emizikli davrlarida kuzatildi. Tekshirgan homilador ayollarimizda sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli og'irlashib, nihoyatda holsizlanishi, ko'ngil aynib, tez-tez qusishi kuzatildi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashdi. Jigar yumshoqlanib, hajmi kichrayib ketdi. Bemor og'zidan ham jigarning hidi keskin sezilib turdi. Bemor ayollarda tug'ruq (chala tug'ish yoki bola tashlash) sodir bo'lganda ham 1-3 chi kunida kasallikning kechishi keskin og'irlashdi.

Xulosalar. 1. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, gepatit C virusi ona sutida qon zardobiga nisbatan kam miqdorda bo'ladi. Shu bois ham ona suti bilan bolani emizish bola sog'ligiga xavf tug'dirishi to'g'risidagi faktlar o'z tasdig'ini topgani yo'q. Biroq ona ko'krigidagi shilinishlar bolaga kasallik o'tish xavfining ortishiga olib keladi.

TRANSFER OF INFECTIONS FROM MOTHER TO A NEWBORN IN ACUTE VIRAL HEPATITIS

*Ibragimova S.R., Shokirova S.M.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Infection with hepatitis C or B viruses is often found in women of childbearing age. Often, examination and detection of infection and chronic liver disease occurs for the first time in connection with pregnancy. Two key issues are extremely important for women: Does pregnancy in the presence of chronic viral infection affect maternal health whether the presence of chronic viral hepatitis affects the fetal development of the fetus and how high is the risk of having an infected baby.

Objectives. To study the transmission of infections from mother to a newborn in acute viral hepatitis B.

Materials and research methods. To study the characteristics and clinical and pathogenetic consequences of HBV infection in newborns with acute hepatitis B in pregnant women, we conducted a comprehensive study using clinical, epidemiological, biochemical and serological methods of 39 pregnant women with acute viral hepatitis B.

The results of the study. In accordance with the clinical and epidemiological characteristics, 39 pregnant women with verified hepatitis B were divided into two groups. The first group included 14 pregnant women in the acute stage of the disease with HBs antigenemia at the time of delivery; the second - 25 patients in whom childbirth occurred in the stage of convalescence after release from HBs antigenemia.

Among the presented patients there was no mortality. The only case of acute hepatodystrophy with the development of precoma also ended happily for the mother and child. Therapeutic measures in most patients were limited to basic detoxification therapy; the need for a short course of intravenous administration of prednisone arose in only one of the cases mentioned above. Children were born in good condition, with no signs of intrauterine injuries. At birth, they did not have jaundice, hepatomegaly, hyperenzymemia or other manifestations of congenital hepatitis. No HBsAg was detected in any of the 25 newborns from mothers of the second group, but it was detected in 3 of 14 serum samples obtained from the umbilical cord of children whose mothers gave birth in the acute stage of hepatitis (first group). Such identification was possible, however, only using the most sensitive methods - ROPGA and RIA. In subsequent blood tests of children during the first 6 weeks of life, HBsAg was never detected (including in newborns whose cord blood contained antigen). In the longer periods of clinical examination, starting from 2 months of age, persistent HBs antigenemia occurred in 4 children (only one of them found antigen in cord blood) in combination with a number of other changes.

Conclusions. During long-term follow-up of these children (from 6 to 22 months), jaundice or any signs of malaise were never observed (parents considered the children to be practically healthy), only a combination of moderately expressed but persistent hepatolienal syndrome with persistent HBs antigenemia remained. In 2 children, the level of AcAT and AlAT in the blood did not increase, in 2 others it did not exceed 52 and 83, 57 and 93 $\mu\text{mol} / \text{min} \cdot \text{l}$, respectively. Dysproteinemia was not detected.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В литературе представлены данные о влиянии ожирения на психологическое здоровье и качество жизни детей, однако авторы зачастую основываются лишь на субъективном мнении родителей о своем ребенке. Изучение качества жизни детей с ожирением представляет научный и практический интерес.

Наряду с необходимостью снижения массы тела, которая достигается, как правило, при уменьшении калорийности пищи и увеличении физической активности, детям с ожирением необходимы психологическая поддержка, а также применение физиотерапевтических методик, способствующих коррекции психоэмоционального статуса и улучшению качества жизни.

Предлагаемые на сегодняшний день методы лечения ожирения пока дают весьма скромные результаты. Диетотерапия не всегда надежна, так как после прекращения ее использования часто наблюдаются рецидивы заболевания. Применение ряда препаратов, используемых у взрослых, (анорексигенные, ингибиторы жирорастворяющих ферментов), у детей нежелательно или ограничено.

Существенную роль в лечении играют осознанное желание и воля ребенка преодолеть недуг, возможность управлять своим психическим состоянием при поддержке семьи, что достигается применением психологических методик.

Цель исследования. Оптимизировать лечение ожирения у детей с применением метода психологической коррекции.

Материалы и методы исследования. Всего были обследованы 150 детей, из них 82 ребенка с ожирением I-III степеней (экзогенно-конституциональное было у 46 и гипоталамическое ожирение - у 36 детей) в возрасте от 12 до 16 лет, выделенных в основную группу, и 68 детей без ожирения, составивших контрольную группу.

Результаты исследования. У детей с ожирением неблагоприятные пре- и постнатальные факторы, осложнения интранатального периода встречаются в среднем в 3 раза чаще, чем у детей с нормальной массой тела.

Наиболее значимыми факторами формирования ожирения у детей являются: генетическая предрасположенность, внутриутробная гипоксия плода, нерациональное вскармливание с раннего возраста. У детей с ожирением отмечается более высокая частота сопутствующей соматической патологии - 51,2 %, чем у детей группы сравнения, - 26,5%.

Дети с ожирением в 3 раза реже посещали спортивные секции; в 2 раза больше времени проводили перед телевизором, чем дети группы сравнения. 68,3% детей с ожирением воспринимали еду как источник радости и удовольствия, в то время как таких детей в контрольной группе было 26,5%.

Для детей с ожирением характерны: чувство неполноценности (81,7%), зависимости (80,5%) незащищенности (53,7%), агрессивности (52,4%), демонстративности (52,4%). У них выявлены повышенный уровень общей тревожности (74,3%), а также самооценочный (28%) и межличностный (39%) виды тревожности. Для семей, воспитывающих детей с ожирением, характерны сниженные показатели независимости, ориентация на достижение цели, ориентация на активный отдых и сниженные показатели сплоченности и экспрессивности.

У детей с ожирением снижен общий показатель качества жизни (77,5 балла), а также физического (81,7 балла), социального (86,6 балла) и эмоционального (70,9 балла) функционирования.

Проведение курса цеторитмотерапии значительно уменьшает число детей с высоким уровнем тревожности (62,2% и 46,3% соответственно), агрессивности (52,4% и 36,6%), повышает показатель эмоционального функционирования (70,9 и 86,5 балла) и общий показатель КЖ (77,5 и 88,7 балла соответственно).

Доказана ее эффективность в катамнезе: через 6 месяцев снизились показатели общего (73,4 и 59,2 балла), самооценочного (24,1 и 13,1 балла), школьного (24,2 и 13 балла) видов тревожности, неполноценности (75,6% и 59,8%), агрессивности (52,4% и 36,6%). Улучшились показатели качества жизни: общий показатель КЖ (77,5 и 87,9 балла),

показатель эмоционального функционирования (70,9 и 82 балла), функционирования в школе (72,3 и 81,6%). Массу тела снизили 57,3% детей с ожирением.

Вывод. Таким образом, у детей и подростков с ожирением выявлен ряд психологических проблем, которые сопровождаются нарушением психосоциальной адаптации в обществе. Наличие психологических проблем, возникающих под действием внешних факторов, приводят к дисрегуляции внутренней картины заболевания и, в конечном счете, приводят к срыву адаптационных возможностей организма и, как следствие, увеличению массы тела, которая не снижается без решения психологических проблем.

Важную роль в решении психологических проблем отведена родителям; при их участии в жизни детей психологические проблемы решаются лучше, масса тела снижается более эффективно.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА

Икромова П.Х., Тураев Б.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Депрессии, входящие в число четырех наиболее значимых болезней у подростков, представляют в силу своей сопряженности с суицидальным поведением, высоким уровнем morbidity и смертности серьезную проблему для общества и являются тяжелым бременем как для самих больных, так и для их окружения. С увеличением возраста заболеваемость депрессиями возрастает, что приводит к большей их распространенности у подростков по сравнению с детьми. О высокой частоте подростковых депрессий, и прежде всего субклинического уровня, на протяжении жизни хотя бы один эпизод большой депрессии отмечают 20–25 % подростков старшего возраста, а дистимическое расстройство - еще 3 %.

Цель исследования: изучить конституционально-личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и их влияние на формирование поведенческих нарушений для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы исследования: были обследованы 16 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты исследования. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов депрессии обследованные подростки были разделены на три группы: с дисфорической депрессией – 43,8% (n=7), тревожной депрессией – 31,2% (n=5), маскированной депрессией 25% (n=3). В зависимости от типа личности пациентам были присущи такие черты как склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности социальных контактов, импульсивность, раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, внутренняя напряженность, тревога, двигательное беспокойство, неусидчивость, стремление к постоянной перемене места. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддитивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессия тяжелой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у подростков психоастенического типа, у которых чаще всего отмечалась склонность к самоповреждению и аутоагрессии. Легкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациентов с демонстративным типом личности, поведенческие нарушения у которых проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением.

Выводы: Выделение типов депрессивного поведения с учётом конституционально-личностных особенностей позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового периода, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Инакова Б.Б., Рабиева Б.Т., Фарманкулова Ё.Р., Джураева Х.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение возможных факторов риска, особенностей течения и исходов респираторного дистресс-синдрома у новорожденных детей в зависимости от их гестационного возраста.

Методы исследования. Объективное исследование детей: проведение клинических (анализ крови, мочи, кала) и биохимических методов исследования (общий белок, свободный и связанный билирубин, остаточный азот и мочевины, активность щелочной фосфатазы, уровни кальция и фосфора в крови).

В зависимости от гестационного возраста дети были распределены на 3 группы. Первую группу составили 17 детей с гестационным возрастом 26-28 недель, 2-ю - 13 детей, родившихся на 29-32-й нед. гестации. В 3-ю группу вошли 25 недоношенных детей, гестационный возраст которых был равен 33-36 неделям.

По массе тела дети были распределены следующим образом: до 1000 г - 12 (11,2%), от 1000 до 1500 г - 17 (28%), от 1500 до 2000 г - 28 (44,9%), 2000 г и более - 18 чел (15,9%).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты наших исследований показали (таблица 1), что анализ анамнеза показал высокий уровень заболеваемости беременных женщин. Преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, хронический холецистит, хронический панкреатит), почек, мочевыводящих путей (гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь). У 18 женщин беременность протекала на фоне хронической железодефицитной анемии легкой и среднетяжелой степени. Также имели место заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, подчелюстной лимфаденит, хронический отит, нейросенсорная тугоухость), легких (хронический бронхит).

Гинекологический анамнез был отягощен у всех беременных. Количество беременностей у женщин варьировало от 1 до 11. У 15% женщин в анамнезе были проведены медицинские аборт, более одного аборта у 7 (11,5%) из них.

Как видно из таблицы, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) чаще встречались среди женщин групп 1 и 2. В литературе имеются сведения о том, что ОРВИ и грипп, перенесенные во время беременности, способствуют преждевременному ее прерыванию [2]. Гестоз протекал в основном в среднетяжелой или декомпенсированной форме. Угроза прерывания беременности была отмечена у 13 (22,6%) беременных (табл. 2).

Выводы. 1. У большинства матерей беременность формировалась и протекала в неблагоприятных условиях на фоне гипоксии смешанного генеза и наличия очагов хронической инфекции, что привело к рождению недоношенного ребенка, страдавшего уже внутриутробно.

2. Состояние при рождении у всех детей было оценено как тяжелое или очень тяжелое. Тяжесть состояния была следствием дыхательной недостаточности 2-3 ст. и синдрома угнетения центральной нервной системы на фоне недоношенности.

3. Умеренная асфиксия при рождении зафиксирована у 13 (17,6%) детей, 14 детей (13%) родились в состоянии тяжелой асфиксии.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Инакова Б.Б., Арзиебекова У.А., Алимова Г.М., Патиудинова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Цель исследования. Изучение исхода родов для матери и плода при большой массе тела последнего.

Материалы и методы исследования. Для решения данной цели нами проведен анализ материала 7458 истории родов и новорожденных, родившихся в перинатальном центре Андижанской области. Масса тела новорожденных варьировала от 4500 до 6500 граммов. Доля новорожденных с массой тела ≥ 4000 г составила 592 (7,94%), соответственно 382 мальчиков и 210 девочек при их соотношении 1,82:1,0. Для ретроспективного и проспективного анализа данных отобрали 84 новорожденных с большой массой тела, контролем служили данные 80 детей с нормальной массой тела (2800-3999 гр). Были изучены данные объективных исследований рожениц (УЗИ-фетометрия, доплерометрия сосудов маточно-плацентарного кровообращения - МПК и плодово-плацентарного кровообращения - ППК), биофизический профиль плода с учетом анте и интранатальной кардиотокографии (КТГ), данные новорожденных (клинико-неврологическая оценка состояния, антропометрия).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что матери новорожденных с большой массой тела и контрольной группы статистически не различались по количеству перво – (29,8 $\pm$ 4,99% против 28,8 $\pm$ 5,1% контрольного, $P>0,05$) и повторнородящих (70,2 $\pm$ 4,99% и 71,2 $\pm$ 5,1%, $P>0,05$). При этом среднее количество родов в обеих группах рожениц (2,34 $\pm$ 0,009 и 2,58 $\pm$ 0,008, $P>0,05$) также статистически не различались. По среднему возрасту (25,8 $\pm$ 0,4 и 25,1 $\pm$ 0,39 лет), обе группы рожениц также были сопоставимыми ($P>0,05$).

Роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели большой срок беременности (39,9 $\pm$ 0,15 против 39,4 $\pm$ 0,11 нед, $P<0,01$), масса (73,9 $\pm$ 0,87 против 65,0 $\pm$ 1,14 кг, $P<0,001$), длина тела (16,9 $\pm$ 0,80 против 15,7 $\pm$ 1,17см, $P<0,001$), индекс Кетле (27,2 $\pm$ 0,31 против 26,0 $\pm$ 0,04 усл. ед, $P<0,001$).

Результаты анализа течения родов выявили значительную его отягощенность у рожениц основной группы. Так, у них часто выявляются дородовое или раннее излитие околоплодных вод (27,4% против 15,0% контрольного, $P<0,0025$), повреждения мягких тканей промежности (22,6 $\pm$ против 5,0%, $P<0,001$), дистония плечиков (13,4% против 3,75, $P<0,013$), отслойку нормально расположенной плаценты (25,0% против 10,0%, $P<0,001$), высокая частота признаков преэклампсии (66,7% против 45,0% , $P<0,002$), фоновых и экстрагенитальных заболеваний (72,8% против 60,0%, $P<0,002$), анатомического и функционального узкого таза (10,7% против 2,5%, $P<0,015$), что явилось показанием к проведению эпизио- и перинеотомии (14,3% против 3,75%, $P<0,006$), акушерских щипцов и вакуум экстракции (7,14% против 2,5%, $P>0,05$), планового и экстренного кесарева сечения (22,6% против 8,75%, $P<0,006$).

Неблагоприятным исходом родов также явилась высокая частота гипоксии плода (34,5% против 22,5%, $P<0,043$) и асфиксии новорожденных (45,2% против 30,0%, $P<0,021$).

Таким образом, состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительно отягощены, в связи с концентрацией пре- и перинатальных факторов риска, способствующих высокой травматизации матери и плода. Эти данные требуют углубленного изучения здоровья новорожденных, родившихся с большой массой тела в проспективном плане.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

*Инакова Б.Б., Нуриддинова Г.Т., Джураева Х.З., Махмудова Б.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучение и сравнительная оценка эффективности применения актовегина в комплексном лечении больных детей с ВУЗРП.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 76 детей с ВУЗРП, находящихся на лечении в отделении патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей детской больницы №1 города Андижан, начиная с 5-6 дня жизни до 30-35 дневного возраста. Из них 59 доношенных и 17 детей недоношенных с ВУЗРП. Обследуемые дети были разделены на 3 группы. 1-ую группу составили 39 (51,4%) детей с ВУЗРП I степени с массой тела от 2650 г до 2950 г; 2-ую – 26 (34,2%) детей со II степенью ВУЗРП, с массой тела от 23350 г до 2600 г; 3-ую группу составили 11 (14,4%) детей с ВУЗРП III степени, с массой тела менее 2300 г. Контрольную группу составили 20 детей идентичного возраста. Всем детям были проведены общий клинический анализ крови, гематокритное число, уровень общего белка в крови, содержание Са в сыворотке крови, определение уровня прямого и непрямого билирубина и активности аминотрансфераз. Из всех обследуемых детей у 34 уже в первые 5-6 дней жизни выявилась анемия легкой и среднетяжелой степени (Hb ниже 160 г/л).

Результаты и их обсуждение. Больным контрольной группы было назначено общепринятое лечение (глюкоза, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота, витаминотерапия, в том числе и витамин А, Е, АТФ и др.). Детям основной группы, наряду с вышеуказанными препаратами, был назначен актовегин по 0,4 мл (16 мг) с глюкозой внутривенно капельно в течение 10 дней. Критерием эффективности лечения явилось улучшение общего состояния ребенка, быстрое исчезновение патологических симптомов (вялость, гипорефлексия, гипотония, тургор и эластичность кожи, состояние подкожно-жирового слоя и др.), активное сосание и хорошая ежедневная прибавка веса [1,2,4].

У детей основной группы, получающей комплексное лечение с использованием актовегина, отмечалось улучшение общего состояния: дети стали активнее, хорошо прибавляли в весе, быстро исчезали такие симптомы, как вялость, гиподинамия, рвота и срыгивания, цианоз носогубного треугольника и акроцианоз, нормализовался ритм дыхания, четкость тонов сердца и пр. Отмечались также значительные сдвиги в лабораторных показателях – увеличение гемоглобина, показателей уровня общего белка, снижение показателей билирубина. Надо отметить, что у детей 1 и 2-ой группы заметное улучшение наступало на 12-15 дни лечения, а у детей 3-ей группы улучшение наблюдалось медленнее (на 21-25 дни), из них у 5 детей эффекта от лечения практически не наблюдалось.

Таким образом, проведенное лечение детям с ВУЗРП позволяет отметить выраженный положительный эффект с использованием актовегина.

Выводы.

1. При использовании Актовегина в комплексном лечении больных детей с I и II степенью ВУЗРП отмечалось значительное улучшение общего состояния больных детей, заметное улучшение у детей с III-ей степенью, по сравнению с детьми, не получавшими актовегин.

2. Применение актовегина в комплексном лечении больных заметно сокращало сроки пребывания ребенка в стационаре

КРИПТОРХИЗМ ХАСТАЛИГИ АНИҚЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАСИНИ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

*Исақов Н.З., Тўрақулов З.Ш., Абдуманонов А.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги: Болаларда крипторхизм касаллиги сийдик-таносил аъзоларининг туғма ривожланиш нуқсони бўлиб, унда ҳомиланинг ривожланиш даврида турли хил этиологик факторларга кўра бир ёки иккала мойянинг ёрғоққа тушмай тутилиб қолиши билан характерланадиган касалликдир. Бир томонлама крипторхизм ҳар 150-200- болада, икки томонлама крипторхизм ҳар 600 - болада, бир томонлама ва икки томонлама 5:1 нисбатда учрайди. 1-2 ёшда орхипексия қилинган болаларда 12,5%, 3-4 ёшли болаларда 42%, 5-8 ёшли болаларда - 61,5%, 9-10 ёшлиларда 75%, бу ёшдан ошганларда эса 85,7% ҳолда бепуштлиқ кузатилганлиги касалликни долзарблигини белгилаб бермоқда.

Мақсад: Болалар ёшга боғлиқ ҳолда касалликнинг турли шаклларида оператив даволаш натижаларини ўрганиш.

Тадқиқот объекти ва предмети: Тадқиқотга 2016-2018 йилларда 45 нафар 3-15 ёшгача бўлган болалар крипторхизм касаллигининг бир томонлама (иккинчи томон мойя ўлчамлари меъерий ўлчамлардан кичик бўлган) турли шакллари билан хасталанган беморлар танлаб олинди. Олинган 45 нафар беморларнинг 30 нафари 3-5 ёш оралиғида, 9 нафари 5-9 ёш оралиғида, 6 нафари эса 10-15 ёш оралиғидаги беморларни ташкил қилди.

Танлаб олинган беморларнинг жарроҳлик муолажасидан сўнгги 3 - 6 ойгача ва ундан кейинги динамика кўрсаткичлари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: Оператив даволанган беморлар натижаларига кўра, 45 нафар беморнинг 31 нафарига мойялар ёрғоққа туширилгандан сўнг мойялар ёшга мос равишда ривожланганлиги ва бу кўрсаткичлар асосан 7 ёшгача бўлган болалар эканлиги аниқланди. 14 нафар беморда мойялар ёрғоққа туширилгандан сўнг мойялар ёшга мос равишда ривожланишдан ортда қолаётганлиги ва бу беморларнинг ёши 7 ёшдан катта эканлиги аниқланди. Катта ёшли болаларда оператив даводан кейин ҳам мойяларнинг ёшга мос равишда ривожланиши ортда қолаётганлиги бу кўрсаткич боланинг ёши ортган сари ривожланиши янада ортда қолишини кўрсатди.

Хулоса: Болалар крипторхизм касаллигини оператив даволашда оптимал ёш деб 3-7 ёш танланди, чунки етти ёшдан сўнг мойя паренхимаси қон томирларида трофиканинг бузилиши ҳисобига ривожланишнинг ортда қолишига сабаб бўлиши аниқланди.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ- АССОЦИИРОВАННЫХ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По литературным данным, распространенность ВПЧ-инфекции у молодых женщин составляет 40-80%, а вероятность персистенции ВПЧ-инфекции - 80-90%. Из 600 видов ВПЧ более 40 видов могут вызвать поражение аногенитального тракта (половые органы и перианальная область) и появление остроконечных кондилом у мужчин и женщин. С ВПЧ высокой степени риска связано развитие рака шейки матки (РШМ) практически в 100% случаев.

В структуре ВПЧ-ассоциированных злокачественных новообразований на долю двух высокоонкогенных типов ВПЧ приходится до 70% случаев рака шейки матки, при этом 16 тип имеет самый высокий канцерогенный потенциал. Среди заболевших РШМ доля репродуктивного возраста крайне высока и составляет 71,6% от общего числа заболевших больных. С учетом вышесказанного проблема диагностики и лечения заболеваний, обусловленных и ассоциированных с ВПЧ является актуальной проблемой.

Цель исследования. Улучшение оказания медицинской помощи при предраковых заболеваниях шейки матки, сочетанных с папилломавирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 221 женщины с заболеваниями ассоциированной с папилломавирусной инфекцией.

Результаты исследования. При обследовании гениталий у 66,7% пациенток кондиломы носили множественный характер и располагались в области вульвы, промежности и влагалища (15%), в области вульвы и шейки - 10,6%, на промежности, вульве и в перианальной области - 6,7%. При исследовании у большинства больных выявлена сопутствующая микрофлора: гарднереллы - 62,2%, уреаплазмы - 59,6%, кандиды - 34,6%, хламидии - 16,4%, трихомонады - 12,5%. При кольпоскопическом исследовании шейки матки диагностирована незаконченная зона трансформации - 79,6%, простая лейкоплакия - 11,8%, эндометриоз - 4,4%, CIN I - 3,2%, CIN II-III - 1%. Оптимизация лечебных мероприятий при предраковых заболеваниях шейки матки ассоциированных с папилломавирусной инфекцией представлена 3 этапами. На первом этапе проводится комплексное обследование пациенток и этиотропное лечение сопутствующей патологии половой системы. Одновременно обследуется и лечится партнер.

Проводится исследование иммунной системы с акцентом на интерфероновый статус. Контроль излеченности сопутствующих заболеваний осуществляется повторным взятием мазков на бактериоскопические и бактериологические исследования. На втором этапе проводится одновременно удаление остроконечных кондилом и радиодеструкция шейки матки под контролем видеокольпоскопии.

Воздействие проводилось однократно с захватом здоровых тканей в пределах 2-3 мм. Третий этап - рациональное ведение послеоперационного периода с использованием озонированного оливкового масла «Отри - Озонид», который обладает бактерицидным, противовирусным действием, стимулирует репаративные процессы.

Вывод. Патологии аногенитальной области, ассоциированные с папилломавирусной инфекцией, встречаются преимущественно у молодых сексуально активных, имеющих несколько половых партнеров женщин. Применение радиоволнового метода, противовирусных, антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов, озонированного оливкового масла «Отри-Озонид» позволило обеспечить эффективность лечения, заключающееся в быстрой эпителизации раневой поверхности и отсутствии рецидивов в отдаленном периоде.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВПЧ- АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний женских половых органов и четвертое место среди всей онкопатологии (после рака молочной железы, колоректального рака и рака легкого). Ежегодно во всем мире регистрируется более 470 000 новых случаев рака шейки матки и более 270 000 случаев заканчиваются летальным исходом.

В последние годы РШМ все чаще встречается в молодом возрасте. По данным ВОЗ, заболеваемость РШМ в возрастной группе 15-39 лет в мире составила 111 503 случая, в России - 3 954, в группе 40-44 года - 66 308 и 1 564 случая соответственно. По данным ряда исследований, РШМ у женщин в возрасте 30-39 лет составляет 78%, в возрасте 20-29 лет - 21% и только в 1% случаев диагностирован в возрасте моложе 20 лет.

Эпидемиологические и молекулярно-биологические данные указывают на важную роль вируса папилломы человека в возникновении цервикальных интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки. Почти в 100% случаев у больных РШМ, подтвержденным гистологическим методом исследования, выявляется вирус папилломы человека (ВПЧ) высокоонкогенных типов.

В настоящее время общепризнанным считается, что ВПЧ является одним из ведущих факторов развития РШМ.

Вирус папилломы человека - ДНК-содержащий вирус, в состав которого входят два структурных гена (L1 и L2) и семь функциональных генов (E17). Известно более 200 типов ВПЧ, более 40 из них способны поражать слизистые оболочки половых органов. ВПЧ подразделяются на высокоонкогенные и низкоонкогенные типы вируса.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения ВПЧ ассоциированной патологии шейки матки путем усовершенствования скрининговых исследований и алгоритма врачебных действий.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 221 женщины с заболеваниями ассоциированной патологии шейки матки с папилломавирусной инфекцией.

Результаты исследования. Эффективность действующего цитологического скрининга рака шейки матки на территории Андижанской области является низкой на протяжении ряда лет и составляет от 9% до 47,7%. Это обусловлено нарушением техники забора материала для цитологического исследования, загрязнённостью материала элементами воспаления (60-80%) и не зависит от методики окраски мазков.

У пациенток с ВПЧ - ассоциированной патологией шейки матки выявляются дисбиотические и неспецифические воспалительные процессы влагалища и шейки матки (70,4%), инфекции, передающиеся половым путём (63,3 %), лечение которых способствует элиминации ВПЧ.

Информативность цитологического исследования зависит от квалификации специалиста, осуществляющего забор материала. Использование цитощёток и цервикс-щёток, по сравнению с поролоновыми кубиками, повышает чувствительность до 68,7%, специфичность до 84,0% и прогностическую ценность до 90,0%.

ВПЧ - тестирование по специфичности ($p < 0,001$) и прогностической ценности положительного результата ($p < 0,05$) уступает цитологическому методу. Низкие количественные нагрузки ВПЧ коррелируют с отсутствием цитологических изменений ($p < 0,001$), а высокие - с интраэпителиальными поражениями высокой степени (Н8ГЬ) ($p < 0,01$).

Применение иммуномодулирующих препаратов при комплексной терапии ВПЧ - ассоциированной патологии шейки матки, не влияет на результативность мероприятий у пациенток с цервикальными интраэпителиальными поражениями при наблюдении в течение года ($p > 0,05$), но при этом обеспечивает ускорение процессов элиминации папилломавирусной инфекции с оценкой результата в течение 6 месяцев.

Дифференцированный подход к ранней диагностике и лечению ВПЧ -ассоциированной патологии шейки матки повышает эффективность лечебно-диагностических мероприятий и даёт выраженный медико-экономический эффект.

Вывод. Создание новых методов диагностики и лечения ПВИ является приоритетным направлением в гинекологии. Успех новых диагностических методик приведет к раннему выявлению атипической трансформации клеток эпителия шейки матки и оценке факторов риска опухолевой трансформации, появлению эффективных скрининговых программ и в результате к существенному снижению заболеваемости раком шейки матки.

Появление новых методов лечения позволит уменьшить количество хирургических манипуляций на шейке матки и объем операций, что в свою очередь позволит сохранить фертильность в женской популяции и снизить акушерские осложнения в родах. Появление современных методов диагностики и лечения ПВИ откроет новые возможности для понимания и борьбы со злокачественной патологией репродуктивной системы у женщин, обусловленной ПВИ.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ШЕЙКИ МАТКИ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

*Исламова З.К., Ходжаева Ф.Т., Маматова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

В связи с тенденцией к увеличению частоты воспалительных заболеваний женских половых органов, инфекционные процессы в шейке матки встречаются довольно часто. Известно, что шейка матки является одним из биологических барьеров, защищающих половую систему от внедрения возбудителя. В зависимости от характера возбудителя и места его внедрения воспалительный процесс развивается в экзо- или эндоцервиксе.

Цель исследования. Эффективное лечение воспалений шейки матки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 27 женщин с цервикальными инфекциями, которые предъявляли жалобы на слизисто-гнойные выделения, зуд во влагалище, боли внизу живота.

Всем женщинам с целью подтверждения диагноза и выявления возбудителя были проведены микроскопическое, бактериологическое и серологическое исследования, в результате которых у 15 женщин были обнаружены стафило- и стрептококки, у 5 - хламидии, у 4 – трихомонады, у 4-дрожжевые грибки.

Всем женщинам было проведено лечение в 2 этапа.

Терапия на 1-этапе при кандидозном цервиците: Флуконазол 150мг внутрь однократно, Полижинакс по одной свече на ночь интравагинально 6 дней.

При хламидийном цервиците был назначен: Азитромицин 500 мг внутрь по 1 таблетке 1 раз в день течение 3 дней в комбинации с местным лечением, то есть обработкой шейки матки раствором хлорофиллипта.

При неспецифическом цервиците использовали местный комбинированный препарат «Метостил».

При трихоманодном цервиците назначали Трихопол 500 мг внутрь 3 раза в течение 14 дней.

На втором этапе с целью восстановления нормального микробиотоза влагалища применяли Вагитол по 1 капсуле интравагинально в течение 12 дней.

Результаты. В результате проведенного лечения у пациенток наступило полное выздоровление, у двух женщин отмечен рецидив заболевания.

Вывод. Из вышесказанного следует, что своевременное выявление и 2-х этапное лечение цервикальных инфекций с учётом возбудителя, позволит значительно снизить распространение инфекции на верхние отделы половых путей.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Исламова З.К., Мамадиева М.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение. Данные серологического и биохимического исследований крови исследуемых женщин показали, что у 25 (33,3%) беременных был выявлен HbsAg, у 49 (65,3%) женщин обнаружены антитела к вирусному гепатиту С, у 1 женщины определены HbsAg и антитела к вирусному гепатиту С (1,3%).

Биохимическое исследование крови позволило выявить следующие отклонения: среднее значение общего белка составило $64,87 \pm 6,71$ г/л; увеличение билирубина выявлено у 5 (6,7%) беременных (максимальное значение составило 65,7 мкмоль/л); увеличение АлАТ имело место у 2 (2,7%) женщин, максимально достигая значения 2 мкмоль/ч/л (№ до 0,68 мкмоль/ч/л), АсАТ - у 3 (4%) женщин, максимально до 0,85 мкмоль/ч/л (№ до 0,45 мкмоль/ч/л); увеличение тимоловой пробы наблюдалось у 2 (2,7%) беременных, максимально до 7 ЕД (№ до 4 ЕД), щелочная фосфатаза была увеличена у 12 (16%) человек. Изменений показателей коагулограммы не выявлено ни у одной пациентки.

Для сравнения показателей биохимического скрининга у пациенток исследуемой группы с показателями при физиологически протекающей беременности была набрана группа практически здоровых женщин с неосложненным течением гестационного процесса ($n=21$). При анализе полученных данных в группе исследования выявлены достоверные отличия средних показателей количества билирубина - $18,83 \pm 3,64$ мкмоль/л и АлАТ $-0,64 \pm 0,12$ мкмоль/ч/л в сторону увеличения по сравнению с показателями при физиологически протекающей беременности ($p < 0,05$). Средние показатели оставались в пределах нормативных значений.

Выводы. Вирусные гепатиты В и С оказывают отрицательное влияние на течение беременности как первой, так и второй половины, вызывая угрозу прерывания беременности (13,3%), плацентарную недостаточность (25,3%), умеренную и тяжелую преэклампсию (33,3%). У каждой 3-й беременной (32%) наблюдаются изменения биохимических показателей крови (общего билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) в сторону увеличения.

Наличие изменений в маточно-плацентарном комплексе (хроническая гипоксия плода, ЗВРП плода I и II степени) приводит к осложненному течению раннего неонатального периода новорожденных (развитию церебральной ишемии I и II степени (60%), гипотрофии новорожденного (28%), ВАИ (24%)).

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Исламова З.К., Мамадиева М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Повышение эффективности лечения климактерического синдрома и коррекция метаболических нарушений в раннем периоде естественной постменопаузы путем применения фитогормонов.

Материалы и методы исследования. В рандомизированное параллельное простое слепое плацебо-контролируемое исследование было включено 88 женщин с КС типичного течения, который развился на фоне естественной постменопаузы длительностью от 1 года до 5 лет.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что в первые пять лет естественной постменопаузы КС клинически проявляется преимущественно нейровегетативными (у 100% женщин) и психо-эмоциональными расстройствами (у 73,9% женщин). Встречаемость психо-эмоциональных расстройств через 3-5 лет после менопаузы больше, чем в первые два года (89,1% и 33,3% соответственно, $p < 0,001$). Наиболее частыми были жалобы на приливы жара (100%), потливость (100%), нарушение сна (39,8%), сонливость (40,9%), раздражительность (72,7%) и подавленное настроение (56,9%), а также утомляемость (69,3%).

Предикторами развития КС тяжелой степени в сроки постменопаузы 3-5 лет были приливы жара и потливость за 1-2 года до менопаузы (ОР=1,6; ДИ 1,4÷1,9; $p=0,045$), отсутствие предшествовавшего менопаузе периода нарушения менструальной функции (ОР=1,7; ДИ 1,3÷2,1; $p=0,038$). Тяжесть КС не зависела от длительности постменопаузы, концентрации в крови гипоталамико-гипофизарно-яичниковых гормонов (ЛГ, ФСГ, прогестерона, эстрадиола), однако положительно коррелировала с числом хронических экстрагенитальных патологий ($rs=0,38$, $p=0,024$).

Выводы. В первые пять лет естественной постменопаузы климактерический синдром клинически проявляется преимущественно нейро-вегетативными (у 100% женщин) и психо-эмоциональными расстройствами (у 74% женщин), снижающими физический и психологический компоненты качества жизни и наиболее тяжело протекающими у женщин с хроническими экстрагенитальными заболеваниями.

Предикторами тяжелого течения климактерического синдрома в первые пять лет естественной постменопаузы являются приливы жара и потливость за 1-2 года до менопаузы (относительный риск 1,4÷1,9), отсутствие предшествовавшего менопаузе периода нарушения менструальной функции (относительный риск 1,3÷2,1).

ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Исламова З.К., Мамадиева М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценка эффективности сосудистых осложнений у беременных с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Курантил применен у 15 больных с сахарным диабетом II типа во II и III триместрах беременности, использованы клинические методы, определены количество тромбоцитов, время свертываемости крови. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с оценкой достоверности по критерию t Стьюдента. Связи между параметрами выявляли на основе линейного корреляционного анализа.

Курантил - препарат, улучшающий микроциркуляцию, вызывает снижение сопротивления мелких резистивных сосудов, повышает доставку кислорода к миокарду и тканям, увеличивая объемной скорости кровотока. Оказывает тормозящее влияние на агрегацию тромбоцитов, препарат увеличивает содержание аденозина (нарушая его обратный захват), а также способствует повышению концентрации ц-АМФ, вследствие ингибирования фермента фосфодиэстеразы.

Курантил применялся во II и III триместрах беременности, т.е., в сроках, когда наблюдаются наибольшее прогрессирование микроангиопатий и присоединение гестационной гипертензии.

Эффект лечения оценивали при сравнении клинических и лабораторных показателей, а также показателей свертывающей системы крови. Количество тромбоцитов и время свертывания определяли общепринятыми методами.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 24.4 ± 2.2 года, продолжительность заболевания диабетом 10.7 ± 4.4 года. Средний срок беременности при начале лечения 28 ± 5.5 нед. у всех беременных имелись сосудистые осложнения СД. У 6 (40%) женщин отмечено сочетание ангиопатии сетчатки и энцефалопатии, у 5 (33.3%) беременных была ретинопатия II – III степени в сочетании с энцефалопатией, у 26 из них – макроангиопатия нижних конечностей.

У 4 (26.7%) беременных ведущим симптомом сосудистых осложнений являлась диабетическая нефропатия II-степени длительностью от 4 до 9 лет. У 8 беременных диабет II типа был компенсированным, у 7 – субкомпенсированным.

У 7 беременных наблюдалась гестационная гипертензия, все они получали общепринятую терапию, начатую до применения курантила. Курс лечения курантилом составил 12 дней препарат вводили внутрь по 75 мг. 3-4 раза в сутки. За 1 час до еды или в/м и медленно в/в, скорость инфузии не должна превышать 200мкг/м. Суточная доза 150-200 мг.

Вывод. Применение курантила в комплексном лечении сосудистых осложнений у беременных с СД II - типа во втором и третьем триместрах беременности эффективно и патогенетически обосновано. Выявлено улучшение клинико-лабораторных показателей и благоприятный исход родов для матери и плода.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Исламова З.К., Мамадиева М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из основных причин демографического кризиса в России можно считать ухудшение репродуктивного здоровья населения, которое, в связи с негативными тенденциями его показателей и низким уровнем рождаемости в стране в последние годы, находится в центре внимания государственных органов управления и общественных организаций. На формирование РЗ оказывают влияние экологические, социальные, экономические, культурные факторы, наличие соматических и других заболеваний.

В современной демографической ситуации изучение состояния здоровья подрастающего поколения и разработка эффективных мер, направленных на его улучшение, как никогда, является важнейшей проблемой, имеющей не только медицинское, но и социальное и государственное значение, -ведь от уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация репродуктивных планов - создание семьи и рождение детей.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения нарушения менструальной функции у девочек – подростков.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 256 пациентов с диагнозом нарушения менструальной функции у девочек – подростков.

Результаты исследования. Впервые показано, что вероятность развития нарушений менструального цикла у девочек-подростков групп риска, сформированных с использованием разработанной компьютерной программы, повышается при выявлении таких лабораторных признаков, как сочетание анемии с гиперэритроцитозом, снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, значительное увеличение количества недифференцированных лимфоцитов, уменьшение концентрации иммуноглобулинов крови.

Впервые установлено, что положительные клинические эффекты комплексного лечения нарушений менструального цикла у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, сопровождаются повышением неспецифической резистентности организма. Это подтверждается достоверным ростом частоты выявления антистрессовых реакций (спокойной и повышенной активации, тренировки высокого уровня реактивности - 32,2%; 26,3%; 14,7% против 1,7%; 4,2%; 3,3% до лечения, $p < 0,001$), значительным снижением уровня стрессовых реакций перерактивации (с 27,1% до 10,1% ($p < 0,05$)).

Разработанная компьютерная программа дает возможность после расчета вероятности развития гинекологической патологии у девочек-подростков прогнозировать развитие состояний полисистемной дезадаптации, определяет необходимость проведения интегральной оценки ряда основных показателей систем универсального регулирования (иммунной, антиоксидантной) и типов адаптационных реакций.

Вывод. У девочек-подростков с нарушениями менструального цикла, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, отмечается дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, что характеризуется активацией липопероксидации с накоплением первичных и вторичных продуктов интенсификации перекисного окисления липидов (диеновых конъюгатов и малонового диальдегида), на фоне снижения активности различных механизмов антиоксидантной защиты (снижением уровня супероксиддисмутазы и восстановленного глутатиона, повышением окисленного глутатиона).

ОЦЕНКА ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Исламова З.К., Мамадиева М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить фактор наличия и характер инфекции во время беременности в условиях женской консультации у пациенток с антенатальной гибелью плода.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 100 случаев закончившихся беременностей у женщин с антенатальной гибелью плода (1 группа) и 300 случаев закончившихся беременностей без данной патологии (2 группа). Всего изучено 1300 медицинских документов.

Результаты и обсуждения. Средний возраст женщин в группе с АГП составил соответственно $26,6 \pm 4,7$ и $26,7 \pm 4,6$, средний возраст их мужей – $29,2 \pm 6,2$ и $30,5 \pm 5,7$. Большинство беременных (83% и 71%) встали на учет по беременности в сроке до 12 недель. Первая настоящая беременность зарегистрирована у 50% женщин первой группы и у 45% во второй. Отрицали при сборе анамнеза во время постановки на учет какие-либо ранее перенесенные гинекологические заболевания почти половина беременных (40% и 47%). Однако среди пациенток с перенесенной гинекологической патологией встречались: «эрозия шейки матки» (43% и 45%); воспалительные заболевания органов малого таза (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит), которые в 2,4 раза чаще перенесли женщины в первой группе (у 29% и 12%); миома матки у 5,4% и 3% пациенток. Из урогенитальных инфекций женщины ранее перенесли, без достоверных различий по группам, микоплазменную инфекцию (29% и 24%), а хламидиоз (13% и 6%) и трихомониаз (10% и 5%) напротив встречались в группе с антенатальной гибелью плода в анамнезе чаще в 2 раза. Среди осложненных беременности в первой группе в 1,5 раза чаще встречались острые инфекции при беременности (74% и 49%). В том числе ИППП и вагиниты, ассоциированные с условно-патогенной инфекцией, в первой группе встречались также чаще: кандидоз у 35% (2 гр. – 15%), *Mycoplasma hominis* – 7% (2 гр. – 5%) и *Mycoplasma genitalium* – 3% (2 гр. – 1%), воспалительные процессы, ассоциированные с условнопатогенной флорой в высоком титре (*st. haemolyticus*, *staphylococcus aureus*, *s. epidermidis*, *s. agalactiae*, *e. faecalis*, *e. coli*) встречались у 6%, (2 гр. – 4%). Причем *s. epidermidis* высеян в первой группе в 4 раза чаще, *staphylococcus aureus* и *e. coli* чаще в 3 раза, *st. haemolyticus* – в 2 раза, а *s. agalactiae* и *e. faecalis* напротив встречался в 1,5 раз реже, чем в группе 2. Бактериальный вагиноз также выявлен достоверно чаще (23%) у женщин первой группы, чем во второй (4%), в отличие от хламидиоза, который встречался в обеих группах в равных долях (по 7%). ОРВИ во время беременности перенесли четверть женщин в 1 группе – 25% и только 5% во второй. У обследованных на TORCH-инфекции у большинства женщин обеих групп выявлено: наличие антител к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов IgG – 87% (среднее количество IgG 9,3), IgM – не обнаружено и 2 группа IgG – 72% (среднее количество IgG 18,4), IgM – 1%; к цитомегаловирусу IgG – 90% (среднее количество IgG 30,5), IgM – 1,8% и IgG – 78% (среднее количество IgG 60,0), IgM – 1%; к токсоплазмозу IgG – 77% (среднее количество IgG 180,4), IgM – 3,5% и IgG – 77% (среднее количество IgG 224,6), IgM – 1%; к краснухе – 88% (среднее количество IgG 156,8), и 95% (среднее количество IgG 178,4). Среди экстрагенитальных заболеваний инфекционного характера наиболее частыми были: хронические воспалительные заболевания ЛОР органов (чаще в 1 группе – 22,5% и 10,7%), бессимптомная бактериурия (также достоверно чаще в 1 группе – 18% и 4%).

Нуждались в санации полости рта в три раза чаще женщины группы с антенатальной гибелью плода (15% и 5%).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что инфекция, перенесенная во время беременности является одним из основных факторов у женщин с антенатальной гибелью плода.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРЫ РИСКА ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Исмаилов С.И., Юлдашев О.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Мастопатия - самое частое заболевание женщин. Распространенность мастопатии в женской популяции, по данным разных авторов, составляет до 60 %; причем патология имеет возрастные эпидемиологические особенности: в возрасте 13 - 20 лет мастопатия встречается редко, в 20 - 30 лет - у 20 - 30 % женщин, в 30 - 40 лет - у 50-60 %, в 41-50 лет - у 70-80 %, в менопаузе - до 20 %. Поскольку доброкачественные заболевания и рак молочной железы имеют много общего в этиологических факторах и патогенетических механизмах, факторы риска развития мастопатий и рак молочной железы во многом идентичны. В отечественной и зарубежной литературе последних лет рассматриваются вопросы о том, что наличие мастопатии не является обязательной стадией, предшествующей рак молочной железы, поскольку первичный рак молочной железы возникает без предшествующей патологии молочных желез. Тем не менее многими исследователями проводится прямая связь между разными формами мастопатии и рак молочной железы. Вопросами, требующими дальнейшего изучения, являются механизм развития, своевременная диагностика, лечение и профилактика наиболее частой патологии молочных желез – фиброзно – кистозной мастопатии.

Целью настоящей работы являлось выявление и детализация существующих на сегодняшний день изменений в клиническом течении дисгормональных гиперплазий молочных желез у жительниц Харезмской области раннего и позднего репродуктивного возраста, а также уточнение особенностей сочетания в данных группах факторов риска различного характера.

Материалы и методы. С целью изучения динамики клинических особенностей дисгормональных заболеваний молочных желез в Харезмской области через 25 лет, было проведено анкетирование среди женского населения репродуктивного возраста Харезмской области, охватившее 100 чел., в период с 2019 по 2020 г. Для того, чтобы соблюсти преемственность исследований, разработана анкета, основу которой составил опросник. Группа обследуемых состояла из коренного и пришлого населения, проживающего в Хорезмской области не менее 10 лет. Возраст больных колебался от 19 до 49 лет. Женщины были разделены на группы с учетом репродуктивного возраста и дисгормональных изменений в молочных железах. Пациентки составили следующие возрастные группы: 19-35 лет (средний возраст $26,02 \pm 0,7$ г.) и 36 - 49 лет (средний возраст $41,02 \pm 0,5$ г.), что соответствовало разделению на группы раннего и позднего репродуктивного возраста.

Результаты. Среди больных мастопатией преобладает число женщин с высоким уровнем психологической нагрузки: большинство больных служащие и интеллигенция - 55%, рабочие - 17%, студенты и учащиеся - 13%, безработные - 11%, предприниматели - 4%. Городские жители составили 67%, сельские - 33%. Патологические выделения из сосков наблюдались чаще - в $21 \pm 0,1$ % случаев, ранее лишь в 9,2%. По данным у жительниц Харезмской области, при

наличии дисгормональ - ной мастопатии на сегодняшний день, в анамнезе чаще отмечалось раннее менархе - 23 чел. ($23 \pm 0,1\%$). Пролонгированная менструация (5-7-дневное менструальное кровотечение) - у 54 чел. ($54 \pm 0,3\%$). Имели одни роды 47 чел. ($47 \pm 1,8\%$), двое - 35 чел. ($35 \pm 3,0\%$). Более 2 родов отмечено у 10 чел. ($10 \pm 0,9\%$), а их отсутствие - у 24 чел. (48%), это в основном у женщин раннего репродуктивного возраста. Установлено, что аборт в анамнезе были у большего числа обследованных - 57 чел. ($57 \pm 2,7\%$). Более 3 абортов в анамнезе выявлено у 21 чел. ($21 \pm 1,6\%$).

Выводы. Согласно полученным данным, у современных женщин с дисгормональной мастопатией в Харезмской области в большем проценте случаев, по сравнению с данными предыдущих исследований, отмечалось раннее менархе ($23 \pm 0,1\%$), они реже рожают, чаще делают аборт, прерывают первую беременность, имеют небольшой размер молочных желез. Полученные данные позволяют проследить в динамике особенности течения основных предопухолевых заболеваний молочной железы, сформировать группы риска из пациенток, страдающих мастопатией, и внести определенные коррективы в профилактические, диагностические, а также лечебные мероприятия.

ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ.

Исмоилов И.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Лечение острого катарального гингивита сводится к выявлению этиологического фактора и лечению основного заболевания. При лечении острого катарального гингивита целесообразно использовать аппликационное обезболивание смесью анестезина, раствором пиромекаина, 5 лидокаина, топиал-анестетика и др. Для медикаментозного лечения применяются слабые антисептические растворы, средства растительного происхождения, обладающие противовоспалительными и антисептическими свойствами. Это отвар листьев шалфея, ромашки, корня алтея, 0,05% хлоргексидина, элюдрил, 0,02% раствор фурацилина, 0,01% мирамистина и др. Лечение хронического катарального гингивита начинают с санации полости рта и обучения чистки зубов, с антисептической обработки полости рта. Антисептики принимают в виде ротовых ванночек, полосканий, аппликаций на десны. Затем приступают к снятию зубных отложений. При этом специальными инструментами удаляют зубной камень и мягкий зубной налет. Потом вновь производится антисептическая обработка полости рта. Снятие зубных отложений осуществляется в 1-2 посещениях. Применяют растворы антибиотиков и антисептиков, обладающих подавляющим действием на простейшие (1% р-р трихопола, 1% трихомонадид, цитраля, микроцида), а также средства растительного происхождения (сок каланхоэ, календула, настойка чистотела). Используется противовоспалительная терапия нестероидными препаратами (0,1% раствор мефенамина натриевой соли и др.). Широко применяют мази, преимущественно глазные стандартные, содержащие антибиотики (полимиксиновая, дибиомициновая и др.), 5% бутадионовая, 10% индометациновая, 1% мазь гидрокортизона, 10% мазь метилурацилового для десневых повязок. Также применяются антибактериальные мази: метрогилдента, смешанные с окисью цинка и порошком дентина; готовые десневые повязки: Septopak (Septodont), пленки Диплендента, содержащие антисептик или антибиотик. В лечении хронического катарального гингивита используется физиотерапия: ирригация десен насыщенным раствором углекислого газа по 10 минут ежедневно или через день, на курс лечения 10-

15 сеансов. Для орошения десен полости рта применяют минеральную воду. Также назначают электрофорез с витамином С, гепарином, никотиновой кислотой. Курс лечения 10 сеансов, которые назначают ежедневно или через день. Применяется массаж десен (вибрационный, пальцевой). На курс лечения 10-15 сеансов. В схему лечения включается назначение кальцийсодержащих препаратов (Кальций-Д3 Никомед 1 таблетка содержит 500 мг элементарного кальция и 200 МЕ витамина Д3) по 1-2 таблетки в день 20-25 дней 2-3 раза в год.

Выводы. Лечение заболеваний пародонта проводится с учетом этиологии и патогенеза, клинического течения, патоморфологических изменений в тканях пародонта и обязательно под контролем клинических, параклинических и лабораторных методов исследований. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN

Ismoilov I.Y., Ganieva M.Sh., Yefimenko O.V., Boltaboyeva M.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance: Urinary system - the most common source of infection in children. UTI is the most common bacterial infections in children under the age of 2 years. UTI generally favorable outcomes, but in the first year of life, they may progress to renal sclerosis, especially in the presence of congenital anomalies of the IMP. Long-term effects associated with sclerosis of the kidneys include hypertension, proteinuria, renal failure up to the development of chronic renal failure, requiring dialysis treatment in a significant number of adults.

Material and methods of research: We observed 34 children between the ages of 0 months to 16 years with various manifestations of UTI. The frequency of the risk of UTI during the first 10 years of life is 1% to 3% of boys and girls. At school age, supposedly 5% of girls and 0.5% of boys suffered at least one episode of UTI during the period of schooling. The incidence of UTI varies in children under 3 months, when these infections are more common in boys. The frequency of asymptomatic bacteriuria was 0,7-3,4% in neonates, 0,7-1,3% - in children younger than 3 months and 0,2-0,8% - boys and girls of pre-school age. The prevalence of bacteriuria is accompanied by clinical symptoms, was 0,14% in neonates and then increased to 0,7% in boys and 2,8% girls under the age of 6 months. The overall incidence of UTI recurrences in puberty was 25%. The most frequent pathogens of UTI in children are gram-negative bacteria, primarily Escherichia groups. Of these, E. coli (E. coli) was responsible for the development of 90% of all episodes of UTI. Gram-positive bacteria (in particular, enterococci and staphylococci) allocated

in 5-7% of cases. Nosocomial infections were characterized by a certain range of aggressive pathogens such as Klebsiella, Serratia and Pseudomonas spp. Streptococci of groups A and B are relatively common among agents of UTI in infants.

Conclusions: Currently, there is a trend towards more frequent release of Saprophyticus at UTI in children, although the role of this organism remains controversial.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЮФАСТОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

Исмоилова Н., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы На сегодняшний день угроза прерывания беременности является частой патологией. Среди причин, кроме инфекций и воспалительных процессов, немаловажную роль играет гормональная недостаточность.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности применения дюфастона для лечения угрожающего прерывания беременности в первом триместре.

Материал и методы исследования. Нами проведено изучение истории болезни у 35 беременных. У всех беременных проводились общеклинические анализы, гормональные исследования, УЗИ. Лечение беременных с угрожающим невынашиванием беременности проводилось в двух группах. В I (37 женщин) на фоне общепринятой терапии применяли дюфастон: одномоментно 40 мг, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов угрозы, после чего в минимальной дозе продолжали до 19-20 недель беременности. Во II группе (20 женщин) получали общепринятую терапию, включающую в себя спазмолитики, препараты магния и утерожестан. При обследовании использовали эхографию, по показаниям определяли в плазме уровень прогестерона. Из группы исследования были исключены беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, признаками урогенитальных инфекций, гиперандрогении. В отличие от других прогестагенов, дюфастон лишен эстрогенного, андрогенного, анаболического и других нежелательных эффектов.

Результат и обсуждение: Результаты проведенных клинических и лабораторных исследований позволили установить диагноз угрозы аборта, обусловленного прогестерон-дефицитным состоянием. Беременность удалось сохранить в I группе у всех пациенток, во II группе беременность сохранена у 12 женщин, однако у 4 женщин во II триместре беременности в связи с продолжающимися признаками угрозы использовались токолитики. У 8 женщин произошли выкидыши. Побочных реакций при использовании дюфастона не отмечено.

Выводы: Полученные нами данные позволяют считать, что дюфастон является эффективным гормональным препаратом для лечения угрозы прерывания беременности на ранних сроках, связанного с прогестероновой недостаточностью.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

Исмоилова Н.К., Комилова М.О., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности применения дюфастона для лечения угрожающего прерывания беременности в первом триместре.

Материалы и методы исследования. Лечение беременных с угрожающим невынашиванием беременности проводилось в двух группах. В I (37 женщин) на фоне общепринятой терапии применяли дюфастон: одномоментно 40 мг, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов угрозы, после чего в минимальной дозе продолжали до 19-20 недель беременности. Во II группе (20 женщин) получали общепринятую терапию, включающую в себя спазмолитики, препараты магния и утерожестан. При обследовании использовали эхографию, по показаниям определяли в плазме уровень прогестерона. Из группы исследования были исключены беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, признаками урогенитальных инфекций, гиперандрогении. В отличие от других прогестагенов дюфастон лишен эстрогенного, андрогенного, анаболического и других нежелательных эффектов.

Результат и обсуждение. Результаты проведенных клинических и лабораторных исследований позволили установить диагноз угрозы аборта, обусловленного прогестерон-дефицитным состоянием. Беременность удалось сохранить в I группе у всех пациенток, во II группе беременность сохранена у 12 женщин, однако у 4 женщин во II триместре беременности в связи с продолжающимися признаками угрозы использовались токолитики. У 8 женщин произошли выкидыши. Побочных реакций при использовании дюфастона не отмечено.

Выводы. Полученные нами данные позволяют считать, что дюфастон является эффективным гормональным препаратом для лечения угрозы прерывания беременности на ранних сроках, связанного с прогестероновой недостаточностью.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Магзумова Н.М., Исмоилова Д.У., Мусаходжаева Д.А.

Ташкентская медицинская академия, Ургенский филиал ТМА, Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ургенч, Ташкент, Узбекистан

Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) – хроническое заболевание, характеризующееся разрастанием эндометриальной ткани за пределами полости матки. Генитальный эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологической патологии и распространенность его неуклонно растет. Причины возникновения эндометриоза остаются предметом научной дискуссии. Развитию болезни могут способствовать условия окружающей среды, психологические свойства личности, чрезмерно активная половая жизнь и частая смена половых партнеров, генетическая предрасположенность, изменения в эктопическом эндометрии, которые могут быть вызваны инфекционным фактором.

Цель. Проанализировать клинико-лабораторные показатели у женщин с наружным генитальным эндометриозом.

Материал и методы. Обследовано 75 женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) в возрасте от 24 до 46 лет. Диагноз НГЭ был установлен во время проведения лечебно-диагностической лапароскопии. Группу контроля составили 20 женщин, у которых по данным лапароскопии НГЭ не был обнаружен. Для оценки степени тяжести НГЭ использована классификация Американского общества по репродуктивной медицине R-AFS (1996). Всем женщинам проводили бактериологическое исследование цервикальной слизи. Исследование эндометрия, перитонеальной жидкости, эндометриоидных гетеротопий на наличие возбудителей генитальной инфекции выполняли методом ПЦР.

Результаты исследования. Наиболее часто у женщин с НГЭ присутствовали хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринные заболевания (патология щитовидной железы), сердечно-сосудистые заболевания, хронический тонзиллит, ОРВИ и наличие рецидивирующей ВПГинфекции. Различий в частоте соматических заболеваний у женщин с разными стадиями НГЭ не было. При изучении особенностей менструальной функции было выявлено, что в группе женщин с НГЭ возраст менархе достоверно меньше в сравнении с контролем – $13,0 \pm 0,09$ и $13,48 \pm 0,24$ соответственно ($p = 0,02$). Длительность менструального цикла у женщин с НГЭ в среднем составила $27,34 \pm 0,12$ дней, в контрольной группе – $27,82 \pm 0,41$ ($p = 0,001$). Продолжительность менструального кровотечения достоверно не отличалась у женщин с НГЭ и в контрольной группе ($5,58 \pm 0,08$ и $5,22 \pm 0,15$ соответственно). Более половины пациенток с НГЭ – 106 (58,2 %) отметили болезненность менструаций, в контрольной группе лишь 9 (20,5 %) женщин предъявляли жалобы на боли при менструации ($p < 0,001$). Мажущие кровянистые выделения до и после менструации отметили только женщины с НГЭ – 16 (8,8 %). Менструальная функция не имела особенностей у женщин с разными стадиями НГЭ. В анамнезе 74 (40,7 %) пациенток с НГЭ присутствовало бесплодие. Из них у 60 (33 %) – первичное. В контрольной группе бесплодие в анамнезе было у 5 (11,4 %), $p < 0,001$. Наличие родов отметили 26 (14,3 %) женщин с эндометриозом и 27 (61,4 %) в контрольной группе ($p < 0,001$). Одни роды в анамнезе были у 19 (10,4 %) пациенток с НГЭ и у 12 (27,3 %) в группе контроля. Повторные роды – у 7 (3,8 %) и у 15 (34 %) соответственно. Один искусственный аборт в анамнезе достоверно чаще был у женщин контрольной группы – 10 (22,7 %) и у 5 (2,7 %) – с НГЭ, $p = 0,003$. Два и более аборта были только у женщин с НГЭ. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе были и у пациенток с НГЭ, и в контрольной группе. Один выкидыш на ранних сроках беременности отмечен у 10 (22,7 %) женщин в контрольной группе и у 10 (5,49 %) – с НГЭ. Привычным невынашиванием беременности страдали 17 (9,34 %) женщин с разными стадиями НГЭ. Данные акушерского анамнеза не имели особенностей у женщин с легкими и тяжелыми стадиями НГЭ.

Наиболее частой сопутствующей гинекологической патологией у женщин с НГЭ были хронические воспалительные заболевания половых органов, миома матки и опухоли яичников. У 45 (24,7 %) женщин с НГЭ при бактериологическом исследовании были выявлены аэробные и анаэробные Грам-вариабельные палочки и кокки. Возбудители генитальной инфекции были обнаружены у 47 (25,8 %) женщин с НГЭ в эндометрии, у 5 (2,7 %) в перитонеальной жидкости и у 21 (13,3 %) в очагах эндометриоза. Частота определения возбудителей генитальной инфекции в эндометрии с разными стадиями НГЭ составила от 20 до 29 %. В перитонеальной жидкости микроорганизмы идентифицированы с частотой от 1 до 4 %. В эндометриоидных гетеротопиях – от 11 до 15 %.

Выявлено, что у женщин с НГЭ в анамнезе часто присутствуют хронические воспалительные заболевания верхнего и нижнего отделов репродуктивной системы, перенесенные генитальные инфекции. Около 50 % женщин имеют сопутствующую соматическую патологию. При обследовании женщин с НГЭ возбудители генитальной инфекции выявлены при легких и тяжелых стадиях заболевания в эндоцервиксе, эндометрии, перитонеальной жидкости, эндометриоидных гетеротопиях.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ихтиярова Г.А., Курбанова З.Ш., Розикова Д.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – довольно распространенное заболевание, представляющее собой одну из наиболее актуальных проблем в гинекологической эндокринологии. Ряд исследователей у больных с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) выявили нарушения липидного обмена в связи с наличием у них гиперандрогении, на фоне которой развивается висцеральное ожирение. Поскольку при СПКЯ в 50-60% случаев сочетается с ожирением и в 70-75% случаев с гиперинсулинемией (ГИ), можно предположить наличие нарушений липидного обмена у данного контингента больных.

Цель работы. Изучить состояние липидного спектра у женщин, страдающих бесплодием на фоне синдрома поликистозных яичников.

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 110 женщин с бесплодием различного генеза, в том числе 40 женщин с синдромом поликистозных яичников, 20 женщин, у которых бесплодие возникло вследствие гипоплазии матки, и 40 женщин с эндометриозом. Группу контроля составили женщины с нарушенной репродуктивной функцией. В динамике менструального цикла и в процессе лечения определяли содержание эстрадиола, прогестерона, тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина в плазме крови радиоиммунологическим методом, а также липидный профиль. Биохимические исследования проводились на биохимическом анализаторе.

Результаты. В ходе исследования было выявлено достоверное повышение липопротеидов низкой плотности и коэффициента атерогенности, а также снижение липопротеидов высокой плотности у женщин с сочетанными формами бесплодия по сравнению с женщинами с ненарушенной репродуктивной функцией. У пациенток контрольной группы было отмечено повышение уровня общего холестерина $144,3 \pm 17,4$, тогда как этот показатель в основной группе составил $139,4 \pm 18,3$. Было отмечено также повышение концентраций триглицеридов и ЛПНП у пациенток основной группы $78,2 \pm 9,4$ и $88,46 \pm 6,9$, соответственно. Что касается коэффициента атерогенности, то в ходе исследования было выявлено увеличение его у женщин основной группы, что составило $2,3 \pm 0,1$.

Выводы. Таким образом, недостаточность лютеиновой фазы приводит к увеличению содержания в периферической крови ЛПНП - плотности и коэффициента атерогенности, что может стать причиной развития метаболического синдрома у женщин с СПКЯ.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РОДОВОЙ АКТ

*Ихтиярова Г.А., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.
Бухарский медицинский институт*

Актуальность. Процент беременных женщин с диагнозом ожирение составляет 15,5-26,9%, и этот показатель из года в год неуклонно растет. Ожирение во время беременности - это очень актуальная проблема в настоящее время.

Цель исследования. Сравнить течение родов у женщин с избыточной массой тела по отношению к беременным с нормальным ростом - весом соотношением.

Материал и методы. Проведен анализ 20 историй родов женщин, проведенных в Бухарском городском родильном комплексе в 2019 году. Все пациентки были распределены на две группы: беременные с нормальной массой тела (20 чел.), беременные с ожирением (20 чел.)

Результаты. У 78% исследуемых женщин с нормальной массой тела были самостоятельные роды. У женщин с ожирением процент самостоятельных родов был значительно меньше и составил – 49%. Таким образом, кесарево сечение было проведено у 32% женщин с нормальной массой тела, а у пациенток с избыточной массой тела более чем в 2 раза чаще и составил 68%.

Преждевременное излитие околоплодных вод в обеих группах составило 32% в каждой. Патологическое предлежание плода в группе с ожирением составило 19%. Это в два раза больше, чем у женщин с нормальной массой тела - 6%. Частота преждевременных родов (21-37 недель) у женщин с ожирением оказалась практически в 2 раза выше (15%), чем у женщин с нормальным весом (8%). Слабость родовой деятельности и амниотомия была в 4% случаев у пациенток с ожирением и в 3% - у женщин с нормальной массой тела. Новорожденные с крупным весом у женщин с ожирением были в 18% случаев, что более чем в три раза превысило частоту рождения таких новорожденных у женщин с нормальной массой тела (8%).

Нормальные самостоятельные роды наблюдались лишь у 25% женщин с ожирением и у 42% женщин с нормальной массой тела.

Выводы. Из полученных результатов можно сделать вывод, что ожирение негативно влияет на течение родового акта. Чтобы избежать нежелательных последствий ожирения для матери и ребенка необходимо корректировать вес до беременности или в период беременности. Для этого женщине рекомендуется соблюдать сбалансированное питание и адекватно соблюдать физические нагрузки.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

*Кадилов К.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Пневмония относится к наиболее распространенным заболеваниям, возникает в любом возрасте, имеет определенные особенности течения в различные возрастные периоды. Она представляет собой комплекс патологических процессов, развивающихся в дистальных отделах легочной ткани. Основным проявлением этих процессов является инфекционное, экссудативное, реже межочечное воспаление, вызванное микроорганизмами различной природы, и доминирующее во всей картине заболевания. С клинических позиций понятие “пневмония” следует определить как инфекционное заболевание нижних отделов дыхательных путей, подтвержденное рентгенологически.

Острая пневмония у детей занимает одно из ведущих мест в структуре детской смертности, определяет высокий уровень общей заболеваемости детского населения. Рецидивирующие инфекции приводят к нарушениям функционального состояния организма, могут обуславливать срыв адаптации основных функциональных систем детского организма и приводить к развитию хронической патологии.

Цель исследования. Изучение особенностей иммунологических изменений у новорожденных и детей раннего возраста, больных пневмонией.

Материалы и методы исследования. На базе детских стационаров г. Андижан обследовано 60 пациентов с внебольничными пневмониями в возрасте от 6 месяцев до 4 лет.

Обсуждение. Наши исследования показали, что иммунный статус детей в периоде новорожденности и в первые годы жизни, как и выявляемая у них при рождении патология, в значительной степени связаны с особенностями течения беременности у их матерей, а именно с патологией в системе мать-плацента-плод-новорожденный. Так, в литературе существуют данные, что у новорожденных, рожденных от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, отмечается относительное и абсолютное снижение показателей Т- и В-лимфоцитов, снижение уровня IgG, повышение концентрации IgM, связанное, по всей видимости, с внутриутробным инфицированием детей, и появление следов IgA и IgE (последний говорит о сенсибилизации новорожденных, при чем это продукт самостоятельного синтеза иммунной системой детей). При чем, в динамике определялась высокая восприимчивость детей этой группы к инфекциям во втором полугодии жизни, т.е. в период угасания пассивного иммунитета, полученного от матери, и становления собственных механизмов противоинфекционной защиты.

За последние годы увеличивается количество детей с врожденными и приобретенными иммунодефицитными состояниями, нарушениями местного иммунитета в бронхолегочной системе. Возрастает удельный вес детей с наследственной патологией. По данным профессора Сотниковой, у детей раннего возраста в 80% случаев пневмония развивается на фоне иммунодефицитных состояний.

В свете изложенного представляется необходимым более детальное изучение изменений иммунологического статуса и разработка комплексных схем терапии и реабилитации, нормализующих липидный и белковый обмен, стимулирующих антиоксидантную защиту, модулирующих иммунологическую реактивность у детей больных или перенесших пневмонию.

Вывод. Применение схем иммунокорригирующей терапии, разработанных в зависимости от генеза ВРЗН, позволяет оптимизировать лечение пациентов с ВП на фоне вторичных иммунодефицитов: сократить срок лечения, уменьшить количество гнойно-деструктивных, септических осложнений и обострений сопутствующей патологии в ходе лечения основного заболевания.

Применение клинко-лабораторных критериев при выявлении групп риска с возможным летальным исходом позволяет проводить мероприятия у данных больных, для предотвращения фатальных осложнений:

Мониторинг СРБ дает возможность оценивать эффективность проводимой терапии и прогнозировать затяжной характер заболевания в любой клинической лаборатории без проведения сложных иммунологических исследований.

АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ В АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Кодиров Хусан Солиевич
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Выявление и анализ структуры назначений АГП для фармакотерапии АЗ у детей в условиях специализированного аллергологического стационара.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явилось назначение АГП пациентам в возрасте от 1 месяца до 18 лет.

Результаты исследования. В выборочной совокупности пациенты распределились следующим образом:

- 1) по полу: мужской – 62,6%, женский – 37,4%;
- 2) по возрасту: грудной возраст (29 дней – 1 год) – 1,2%, младший дошкольный возраст (1 – 3 года) – 16,7%, старший дошкольный (3 – 7 лет) – 32,5%, младший школьный (7 – 11 лет) – 19,8%, старший школьный (12 – 17 лет) – 29,8%.

Возрастные группы сформированы в зависимости от показателей биологического возраста, включающих: размеры тела и органов, массу тела, окостенение скелета, прорезывание зубов, развитие желез внутренней секреции, степень полового созревания, мышечную силу. Переход от одного возрастного периода к последующему обозначают как переломные этапы индивидуального развития, или критические периоды, что является одним из факторов развития или проявления того или иного аллергического заболевания.

В ходе анализа истории болезни было установлено, что почти в 90% случаев пациентам были назначены АГП (n = 289).

На период исследования характер заболеваний, при которых детей направляли на лечение в аллергологический стационар, отражен в табл. 1. Лидирующее положение в данном списке занимают аллергический ринит, бронхиальная астма, поллиноз и крапивница.

При анализе структуры заболеваний также было выявлено, что только в 30% случаев в окончательном диагнозе фигурирует одно заболевание. Почти 70% выборки составляют пациенты с несколькими АЗ.

Наиболее распространенными сочетаниями являются:

- 1) аллергический ринит и аллергический трахеобронхит (9,3%)
- 2) аллергический ринит и бронхиальная астма (8,3%)
- 3) крапивница и лекарственная аллергия (7,3%)
- 4) аллергический ринит и бронхиальная астма, и поллиноз (6,7%).

При этом 45% пациентов были госпитализированы с тремя и более АЗ.

При анализе фазы заболеваний, при которых назначались АГП, было отмечено, что в большинстве случаев (99,4%) АГП прописывались при обострении того или иного заболевания. Значительно реже врачи-аллергологи-иммунологи назначали АГП в период ремиссии (3,7%) и с профилактической целью (0,3%).

В ходе анализа данных была сформирована структура назначений АГП (табл. 2). Всего выявлено 449 назначений изучаемой группы препаратов, при этом 60% – как рекомендация при выписке, и только в 40% случаев АГП назначались в период нахождения пациента на стационарном лечении.

Вывод. Таким образом, при стационарном лечении преобладают назначения лоратадина различных торговых марок, клемастина (тавегил) и хлоропирамина (супрастин). Это может быть связано с относительно невысокой стоимостью вышеуказанных препаратов, большим опытом применения в фармакотерапии АЗ у детей и наличием инъекционных форм. При выписке лидирующее положение в назначениях занимают препараты более высокой ценовой категории, но и отличающиеся повышенной эффективностью в виду большего сродства к H1-гистаминовым рецепторам.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЭТИОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кадырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Актуальность. Респираторные инфекции нижних дыхательных путей – ведущая причина заболеваемости и смертности детей до 5 лет во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 1,9 млн детей ежегодно умирают от респираторных инфекций и их осложнений.

Цель работы. Сравнительный анализ этиологической структуры вирусных инфекций нижних дыхательных путей у детей. Верификация этиологии респираторной инфекции нижних дыхательных путей необходима для определения тактики ведения пациентов и направлений профилактической работы.

Материал и методы исследования. Материалами были результаты исследований, проведенные в разных странах мира. Во Франции у пациентов, обращающихся в отделения неотложной медицинской помощи по поводу респираторных инфекций, в зимний сезон 2010-2011 гг. среди возбудителей респираторных инфекций были выявлены: РСВ (39,5%), риновирус (24,4%), вирусы гриппа (14,4%), аденовирусы (9,6%), коронавирусы (9,1%), метопневмовирусы (5,3%), вирусы парагриппа (4,5%). Одно из масштабных исследований по изучению структуры респираторных заболеваний было проведено в Атланте с января 2010 по июнь 2011, выборка включала 2222 ребенка с поражением нижних дыхательных путей. Этиологию инфекции удалось установить в 81% случаев, однако доля респираторных вирусов составила 66%. В структуре патогенов преобладали респираторно- синцитиальный вирус-28% и риновирус -27%, в меньшей части были выделены человеческий метапневмовирус -13%, аденовирусы-11%, вирусы парариппа и гриппа – по 7%, коронавирусы – в 5% случаев. Проведенный анализ показал, что РСВ, аденовирусы, метапневмовирусы чаще обнаруживали у детей до 5 лет. В Китае было произведено исследование с июня 2012 по май 2014 г, которое включало 340 госпитализированных детей в возрасте от 1 мес до 14 лет. У 34,12% верифицирована вирусная этиология, максимальная детекция вирусов отмечена в группе детей до 1 года (48,5%).

В этиологической структуре преобладал РСВ, составляя 16,18%; вирусы гриппа- 10,29%, вирусы парагриппа- 3,82%, аденовирус-3,82%. Чаще РСВ обнаруживался у детей первого года жизни-36,7% случаев. В старших возрастных группах на первое место выходили вирусы гриппа- в 10,32% случаев. В России проф. Ю.С Петрушевой на базе ФГБУ НЦЗД РАМН было проведено изучение этиологической структуры ОРВИ нижних дыхательных путей у детей. Для диагностики использовались два метода: метод иммунохроматографии (только для диагностики РСВ) и реакция непрямой иммунофлюоресценции. Основным этиологическим фактором был РСВ (68% случаев). Аденовирус регистрировали у 38% детей, парагрипп-у 27%, гриппу 4% обследованных. Практически в половине случаев (41%) были определены коинфекции.

Результаты. Таким образом, анализ опубликованных результатов исследований, проведенных в разных странах мира, посвященных установлению этиологии респираторных вирусных инфекций у детей, показал, что частота выделения нуклеиновых кислот вирусов при заболеваниях нижних дыхательных путей колеблется от 25 до 95%. В этиологической структуре ведущее место занимает респираторно-синцитиальный вирус (от 11 до 39,5%), достигая максимума в группе детей до 1 года (от 11 до 65,7%). Риновирус обнаруживается у большого количества обследуемых как больных, так и здоровых (от 15,7% до 73%), что не исключает носительства этого патогенна. РСВИ протекает в основном как моновирусная инфекция, адено- и бокаловирная инфекция- преимущественно как микст- инфекция в сочетании с другими респираторными вирусами (от 8 до 56% случаев). Удельный вес различных вирусов в этиологической структуре зависит от региона, сезона, возраста, дизайна и метода исследования.

Выводы: Понимание значительного вклада вирусов в качестве этиологических агентов и верификации вирусного патогена, как причинного фактора инфекции нижних дыхательных путей у конкретного пациента позволит уменьшить частоту необоснованного назначения антибактериальных препаратов и формирования антибиотикорезистентности.

СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Каипбекова Г.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Одним из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся в детском возрасте, является ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), в структуру которого входят все формы артрита, которые начинаются до возраста 16 лет, длительностью 6 недель и более, при исключении другой патологии суставов. ЮРА является по своей природе аутоиммунным заболеванием, патогенез которого глубоко уходит своими корнями в нарушение регуляции механизмов, посредством которых Т-клетки способны различать «свое» от «чужеродного». Антигенная стимуляция наивных Т-клеток в присутствии специфических цитокинов, продуцируемых клетками первичной иммунной системы, индуцируют активацию, экспансию и дифференцировку в различные эффекторные Т-клетки. Антигенная стимуляция наивных Т-клеток в присутствии специфических цитокинов индуцируют активацию, экспансию и дифференцировку в различные эффекторные Т-клетки. В настоящее время широко изучается роль семейства

цитокинов интерлейкин -17 (ИЛ-17), который продуцируется преимущественно активированными CD4⁺ Т-клетками памяти и $\gamma\delta$ -Т-лимфоцитами. Было обнаружено, что основной функцией ИЛ-17А является активация и усиление дифференцировки нейтрофилов (гранулопоэз) из клеток-предшественников в костном мозге человека. Гиперэкспрессия ИЛ-17А приводит к массивной нейтрофилии в периферической крови и повышению предшественников нейтрофилов в селезенке. Эта функция ИЛ-17А зависит от достаточной экспрессии гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF) и трансмембранной формы SCF (stem cell factor)

Целью исследования явилось изучения содержания в сыворотке крови провоспалительных цитокинов - ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-17 и ФНО- α , у детей с различными вариантами ЮРА.

Материал и методы. Было обследовано 65 детей с различными вариантами ЮРА возрасте от 2 до 16 лет. Всем пациентам было проведено рентгенологическое и ультразвуковое исследование костно-суставной системы. Количественное определение цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-17 и ФНО- α в сыворотке крови больных ЮРА определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА-ELISA) с применением набора реагентов фирмы ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск). В зависимости от варианта течения все дети были разделены на 3 группы: дети с олигоартритом — 32 пациента (29,6%) – 1-я группа; дети с полиартритом, серонегативным по ревматоидному фактору (РФ) — 30 пациентов (27,8%) – 2-я группа; группа с системным вариантом течения ЮРА составила 13 детей (12%)– 3-я группа. Группу сравнения составили 18 условно-здоровых детей с неотягощенной наследственностью по аутоиммунным заболеваниям.

Результаты исследования. Результаты проведенных исследований показали, что уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови у детей с ЮРА статистически достоверно был выше, чем в группе сравнения ($p = 0,038$). Особенно высокий уровень ИЛ-1 β отмечался у больных 2-й группы ($p = 0,007$). Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови у детей с ЮРА был статистически достоверно выше, чем в группе сравнения ($p = 0,005$). Наиболее высокий уровень ИЛ-6 отмечался у пациентов 3-й группы ($p = 0,028$). Сравнительная оценка уровня ИЛ-17А в сыворотке крови выявила статистически значимые различия между детьми с ЮРА и группой сравнения ($p = 0,001$). Наиболее высокий уровень ИЛ-17А отмечался у детей с 3-й группы с системным вариантом течения ЮРА ($p = 0,006$). Уровень ФНО α в сыворотке крови был достоверно выше у детей с ЮРА, при сопоставлении с группой сравнения ($p = 0,005$). Статистически значимых межгрупповых и внутригрупповых различий у детей с ЮРА обнаружено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, было обнаружено, что при значении ИЛ-17А в сыворотке крови выше 1,04 пг/мл риск рецидива заболевания повышается на 91,5% ($OR = 2,755$, 95% ДИ = 0,884–8,588, $p = 0,04$). При оценке влияния исследуемых параметров на рентгенологические показатели было обнаружено, что совокупность уровня ИЛ-17А выше 1,04 пг/мл и ИЛ-6 выше 10,1 пг/мл в сыворотке крови повышает риск развития остеопороза до 77,5% ($OR = 2,902$, 95% ДИ = 0,584–14,421, $p = 0,008$), а при значении ИЛ-6 в сыворотке крови менее 10,1 пг/мл риск развития остеопороза резко понижается — 27,5% ($OR = 0,394$, 95% ДИ = 0,097–1,598, $p = 0,037$).

Таким образом, проведенный анализ позволяет использовать определение уровня Th17-клеток в периферической крови и ИЛ-17А в сыворотке крови детей с ЮРА в качестве маркеров высокого риска развития перехода из «неактивной» болезни в «активную». Определение уровня ИЛ-6 и ИЛ-17А в сыворотке крови позволяет выявить группу больных с ЮРА с высоким риском развития костно-суставной деструкции и неблагоприятным вариантом течения заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 9-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА СО СКОЛИОЗОМ

Камалова Ш.М.

Бухарского Государственного медицинского института

Актуальность проблемы. Деформация опорно-двигательного аппарата при сколиозе приводит к изменению форм позвоночника, а также неблагоприятно воздействует на кости скелета, мышцы, может привести к смещению внутренних органов, и как следствие заболеванию всего организма. Это обусловлено с тем что, костная система детей находится в стадии развития. Своевременное обращение к специалисту может помочь ребёнку избежать серьезных последствий в будущем. Сколиоз – распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся многоплоскостной деформацией позвоночного столба и грудной клетки, сопровождающееся нарушением функций органов и систем организма.

Цель исследования. Исследовать антропометрические параметры детей 9 летнего возраста со сколиозом, а также сопоставить эти данные с параметрами здоровых детей.

Материалы и методы. Исследования проводили в средней школе № 2 и в школе-интернате № 23 города Бухары для детей со сколиозом. Изучены результаты обследования 20 детей (10 мальчиков и 10 девочек) 9 лет с идиопатическим сколиозом грудной локализации I и III степени по В.Д.Чаклину. Основная группа представлена 20 детьми со сколиозом, контрольная – 20 (10 мальчиков и 10 девочек). Проведены антропометрические исследования параметров детей 9-летнего возраста в норме и со сколиотическими отклонениями, с последующей статистической обработкой этих данных.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что рост у здоровых 9 летних детей мужского пола в среднем составляет 126,8 $\pm$ 2,16 см, масса тела в среднем равна 25,5 $\pm$ 2,27 кг, окружность груди в среднем была 62,5 $\pm$ 1,94 см. Во время исследования 9 летних детей мужского пола со сколиозом выяснили, что рост в среднем равна 126 $\pm$ 1,84 см, масса тела в среднем была 27 $\pm$ 0,54 кг, окружность груди 63,5 $\pm$ 1,29 см.

Также, рост у 9 летних здоровых девочек в среднем составляет 124,4 $\pm$ 1,51 см. Вместе с тем масса тела в среднем была равна 21,9 $\pm$ 0,76 кг, окружность груди 58,9 $\pm$ 0,97 кг. Исследования показали, что рост у 9 летних детей женского пола со сколиозом в среднем составляет 119,0 $\pm$ 2,38 см, масса тела в среднем была 23,8 $\pm$ 1,94 кг, а окружность груди в среднем равна 62,4 $\pm$ 1,73 см. Проведенные антропометрические исследования показали, что мальчики со сколиозом 9 летнего возраста ростом ниже в 1,0 раз, а девочки в 1,05 раза. При измерении веса выявили, что у 9-летних детей мужского пола со сколиозом масса тела в 1,06 раза, а у детей женского пола в 1,09 раза больше чем у здоровых детей. При измерение параметров грудной клетки 9 летнего возраста девочек и мальчиков со сколиозом выявили, что окружность груди у детей мужского пола 1,02 раза, а у девочек в 1,06 раза больше чем у здоровых детей.

Выводы. По данным исследования было установлено, что мальчики и девочки со сколиозом 9-летнего возраста ростом ниже, но масса тела больше, чем здоровые дети этого возраста. Окружность груди у 9-летних мальчиков и девочек больше чем у здоровых детей. Это обусловлено тем, что у детей со сколиозом за счёт деформации позвоночного столба деформируется грудная клетка. Это приводит к тому, что грудная клетка расширяется в сторону искривления позвоночного столба.

БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ, БОШ ВА ЮЗ – ЖАҒ СОҲА ГЕМАНГИОМАЛАРИ.

*Каримов М.А., Садиқов Р.Р., Жўрабоев Қ.О.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Гемангиома сўзи 1843 йили Liston томонидан фанга олиб кирилган бўлиб, 1864 йилда немис патологанатоми Рудольф томонидан унга таъриф берилган. Кейинчалик 1867 йили Вирхов умуртка поғонаси гемангиомасини тасвирлаб берган. 1840 йили Касабах ва Меррит сон соҳаси териси ва чуқур юмшоқ тўқимасини ўз ичига олган гемангиома ҳодисасини билдириб ўтди. 2008 йили Франциялик олимлар гуруҳи Christine Leaute – Lebreze ва ҳамкасблари гемангиома билан оғриган 11 нафар кўкрак ёшидаги болаларни пропраналол препарати билан муваффақиятли даволашга эришдилар.

Юз – жағ соҳа гемангиомалари стоматология, юз – жағ жарроҳлиги ва болалар онкологиясининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Гемангиома кон томирдан ривожланувчи яхши сифатли ўсма бўлиб, болаларда оғиз бўшлиги, бош соҳа, жинсий аъзо соҳалари, юз ва жағ соҳаларида энг кўп учрайди. Бундай яхши сифатли ўсма организмнинг ўсиши билан биргаликда тез ривожланади ва баъзан ўсишдан тўхтаб ҳам қолади (2 % ҳолларда).

Илмий иш мақсади. Андижон вилоят онкология диспансери болалар онкология бўлими ва болалар онкологик кабинетда даволанган 0-8 ёшгача бўлган оғиз бўшлиги, бош соҳа ва юз-жағ соҳа гемангиомаси ташхиси билан консерватив ва хирургик даволанган ҳолатларни учраш частотаси ҳамда натижаларини ўрганиш.

Материаллар ва услублар. Андижон вилоят ўсма касалликлари диспансерида 2016 – 2017 йиллар давомида стационар ва амбулатор даволанган 0 – 8 ёшгача, оғиз бўшлиги, бош ва юз – жағ соҳасида жойлашган гемангиома билан оғриган 58 нафар беморлар касаллик тарихи ва амбулатор карталарини ретроспектив таҳлил қилинди.

Таҳқиқот натижалари. Таҳлилий ўрганиш 58 нафар бемор касаллик тарихи ўрганилди. Улардан 28 нафари (48,3 %) ўғил бола, 28 нафари (51,7 %) киз бола. Беморларнинг 34 нафари (58,6 %) Андижон, 19 нафари (32,7 %) Фарғона ва 5 нафари (8,7 %) Наманган вилоятларидан келиб даволанишган. Ёш бўйича тақсимланиши 0 – 6 ойлик (n25, 43,1%), 6 ой – 1 ёш (n14, 24,1 %), 1 – 3 ёш (n11, 19,0 %) ва 3 – 8 ёш (n8, 13,8 %) га мос келади. Беморларнинг яқинлари кизилликка (n57, 98,3 %), ҳосилага (n48, 82,7%), косметик нуқсонга (n18, 31,0%) ва қон кетишга (n2, 3,4%) шикоят қилиб мурожаат этган.

Барча беморлар стационар даволанишга муҳтож деб топилган ва стационар шароитда умумий оғрикисилантириш остида жарроҳлик усулида ҳосилани олиб ташлаш ташрихи билан даволанган. Баъзи беморлар жарроҳлик амалиётидан аввал склеротик даво (этил спирти билан) ва криодеструкция билан даволанган. Ноинвазив даво усуллари қўлланилмаган. Улар касаллик қайталангач, қайта мурожаат этган беморлар ҳисобланишади. Ташрихдан кейин 9 нафар беморда касаллик қайталанган ва 18 нафар беморларда ҳар хил даражадаги ташрихдан кейинги чандиқлар қолган. 58 нафар бемор 208 (ўртача 3,6) кун шифохонада даволанган.

Хулоса. Таҳлил натижаси шуни кўрсатадиги, касаллик қайталаниши ва асоратлар 2 ва ундан катта ёшли беморларда кузатилганлиги, касалликни эрта аниқлаш ва эрта даво муолажаларини тўғри танлаш даво самарадорлигининг ортиши ҳамда иктисодий самарадорликка олиб келади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЦИКЛОВИРА В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА ГУБ У ДЕТЕЙ

*Каримов С.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проведенные серо-эпидемиологические исследования показали, что к 15-летнему возрасту вирусом простого герпеса (ВПГ) инфицировано около 83% детей, а в возрасте 30 лет и старше более 90 % населения имеют антитела к ВПГ того или иного типа. Вирус остается в организме пожизненно. Ацикловир является родоначальником противовирусных препаратов — блокаторов синтеза вирусной ДНК. Препарат стал «золотым» стандартом противовирусной терапии, безопасным для людей всех возрастных групп. Ацикловир — синтетический аналог одного из естественных нуклеозидов клетки организма. Вирус, инфицируя клетку, использует нуклеозид для построения ДНК новых вирионов, которая при этом становится неполноценной. Пенцикловир в пораженных вирусом клетках человека активируется, превращаясь в пенцикловира трифосфат, который нарушает синтез вирусной ДНК. Пенцикловир имеет длительный внутриклеточный период полувыведения (7—20 ч), что значительно выше, чем у ацикловира (менее 3 ч). Но он обладает меньшим сродством к вирусной ДНК-полимеразе, чем фосфорилированный ацикловир. Пенцикловир рекомендован для местного применения у взрослых и детей старше 12 лет.

Цель исследования. Совершенствование местного лечения рецидивирующего герпеса губ у детей.

Методы исследования. Нами проведено клиническое обследование и лечение 100 пациентов, больных рецидивирующим герпесом губ тяжелой формы. Критерии включения: возраст 16—17 лет, рецидивирующий герпес губ тяжелой формы (4—6 рецидивов в год), в анамнезе ранее наблюдались продромальные симптомы при эпизодах герпеса, классический элемент поражения (пузырек/ эрозия/ корка). Пациенты, не применявшие в период лечения данного рецидива другие противовирусные, противовоспалительные препараты, анальгетики, косметические средства в пораженной области и явка в клинику при начале рецидива не позднее 24 часов тоже включены в обследование. Критерии исключения: тяжелые общесоматические заболевания, применение противовирусной терапии в предыдущие 4 недели.

Изучаемые фармакотерапевтические режимы: 1-я группа — ацикловир крем 5%-й (5 раз в день, 5 дней), 50 пациентов, 2-я группа — пенцикловир крем 1%-й (в дневное время 1 раз в 2 часа, 4 дня), 50 пациентов. Пациенты распределялись в одну из исследуемых групп методом рандомизации с использованием случайных чисел.

Результаты исследования. Большинство пациентов в каждой группе лечения были женского пола (72 и 76 % соответственно). Эпителизация герпетических поражений наблюдалась быстрее на 0,8 дней у пациентов 2-й группы (пенцикловир) в сравнении с 1-й группой (ацикловир). Продолжительность болевых ощущений была меньше на 1,0 дней также у пациентов 2-й группы (табл.). Повторные высыпания элементов поражения в течение настоящего рецидива наблюдались у пациентов обеих групп, но меньше — при применении пенцикловир крема 68 % и 46 % соответственно ($p < 0,01$). Отдаленные результаты наблюдения (2 года) за пациентами обеих групп не выявили снижение частоты рецидивов заболевания при применении местного противовирусного лечения.

Выводы. Наибольшая эффективность выявлена у крема пенцикловир 1%-го. Эффективность препарата была выявлена как в продромальной стадии заболевания, так и в стадии клинических проявлений. Эффективность ацикловир крема 5%-го была выше при начале применения препарата в продромальной стадии. Крем ацикловир 5%-й и крем пенцикловир 1%-й уменьшают выраженность клинических проявлений герпеса губ, но не предотвращают полностью появление повторных высыпаний элементов поражения в течение настоящего рецидива.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Каримова А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До настоящего времени не установлена распространённость инфекций, влияющих на течение беременности; состояние плода и новорожденного в популяции женщин репродуктивного возраста - жительниц Андижанской области, не определено диагностическое и прогностическое значение для состояния плода и новорожденного выявления маркёров репликации возбудителей персистирующих инфекций у беременных, не изучена; эффективность генодиагностики при определении роли ВУИ в формировании фетоинфантильных потерь.

Цель исследования. Разработка современной комплексной технологии специфической диагностики ВУИ; ее клиническая и патоморфологическая оценка; определение на ее основе роли ВУИ в формировании фетоинфантильных потерь.

Материал и методы исследований. Изучена частота выявления возбудителей инфекций, влияющих на течение беременности и состояние плода и новорожденного. Методом ПЦР обследовано 2 730 женщин и 118 девочек 3-6 лет г. Андижана, 50 беременных. В г. Андижане обследованы практически здоровые женщины (группа прегравидарной подготовки) - 125, небеременные с ОАА - 81, женщины с бесплодием - 123, с хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями - 320, эрозией и лейкоплакией шейки матки - 350, вагинозом - 70, а также беременные с физиологически протекающей - 735, осложненной ПН беременностью - 70, с ОАА - 35, женщины разных возрастов - 821.

Результаты исследования. Проведен клинико-морфологический анализ эффективности подходов в ре-моделировании комплекса исследований по специфической диагностике ВУИ. Предложена новая современная технология специфической диагностики, включающая изучение аутопсийного материала; плаценты, эндометрия. Анализ структуры перинатальной патологии и смертности способствует совершенствованию организации лабораторно-клинического; обеспечения мониторинга перинатальных потерь, этиологически связанных с ВУИ.

Результаты работы позволяют рекомендовать выделение новорожденных от беременных с плацентарной недостаточностью и маркёрами активизации герпетической, цитомегаловирусной инфекций, хламидиоза в группу высокого риска реализации ВУИ, динамическое наблюдение в неонатальном и пост-натальном периоде педиатром, неврологом, окулистом, отоларингологом, логопедом с учетом возможности формирования иммунодефицитного состояния, отставания в физическом и нервно-психическом развитии, нейросенсорной глухоты, вероятности других манифестных проявлений внутриутробных инфекций.

Для ранней диагностики внутриутробных инфекций у новорожденных с признаками TORCH-инфекций необходимо в максимально ранние сроки проводить детекцию возбудителей внутриутробных инфекций в пробах плаценты методом ПЦР.

С целью выявления этиологической роли внутриутробных инфекций при фетоинфантильных потерях рекомендуется исследование образцов органов и плаценты от погибших плодов и новорожденных по разработанному алгоритму. Это позволит проводить адекватную реабилитационную терапию женщин и профилактику фетоинфантильных потерь и врожденных заболеваний у детей при последующих беременностях.

Пробы хориальной и плодовой тканей от ранних спонтанных выкидышей и образцы, полученные при аспирационных биопсиях эндометрия, рекомендуется исследовать на наличие возбудителей внутриутробных инфекций методом ПЦР для установления этиологических факторов потерь плода и назначения рациональной реабилитационной терапии.

С целью профилактики внутриутробного инфицирования плода листериями у беременных с потерей плода в анамнезе при наличии катаральных или ангинозно-септических изменений в ротоглотке, гриппоподобных состояний, субфебрилитета, воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, гастроэнтеритов, головных, суставных болей или при зеленой или коричневой окраске околоплодных вод в комплексную диагностику внутриутробных инфекций необходимо включать исследование на листериоз (моча, мазки из зева, гени-тальные мазки).

Вывод. Проведен клинико-морфологический анализ эффективности подходов в ре-моделировании комплекса исследований по специфической диагностике ВУИ. Предложена новая современная технология специфической диагностики, включающая изучение аутопсийного материала; плаценты, эндометрия. Анализ структуры перинатальной

патологии и смертности способствует совершенствованию организации лабораторно-клинического; обеспечения мониторинга перинатальных потерь, этиологически связанных с ВУИ.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Каримова А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Большинство исследователей прогнозируют дальнейший рост аллергии, что диктует поиск новых способов решения проблемы, в частности, внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики. В целях предупреждения развития полиорганного поражения в комплекс диагностических мероприятий у детей с гастроинтестинальными жалобами, имеющим отягощенный аллергологический анамнез и/или проявления атопии, должны входить аллерго-иммунологические, эндоскопические, инструментальные методы обследования, а также морфологическое исследование слизистой верхних отделов пищеварительного тракта.

Необходимо проводить вторичную и третичную профилактику гастроинтестинальной пищевой аллергии, цель которых — облегчить тяжесть течения или снизить риск развития осложнений уже имеющегося заболевания.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья детей дошкольного возраста с гастроинтестинальной пищевой аллергией, разработать эффективные критерии диагностики и профилактики обострений этого заболевания.

Материал и методы исследований. Для достижения поставленной цели проведен анализ и обобщение результатов собственных наблюдений и обследования 97 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении городской детской клинической больницы.

Результаты исследования. Состояние здоровья детей дошкольного возраста с гастроинтестинальной пищевой аллергией характеризуется высокой частотой сопутствующей патологии (преобладали аллергические болезни 69,0%, патология нервной системы 52,6%), внутриутробные инфекции 35,2%, заболевания лор-органов 29,8%), выраженностью болевого синдрома (у 78,5%), частым формированием интестинального синдрома (у 82,5%). Для этих пациентов типичны симптомы общей интоксикации, в 56,1% случаев - кожные проявления аллергии.

Иммунный статус дошкольников с гастроинтестинальной пищевой аллергией отличается повышенным уровнем IgE в 41,2% случаев, высоким содержанием специфических к аллергенам пшеничной муки, коровьему молоку, молочным продуктам и куриному яйцу. Изменения со стороны гуморального, клеточного и фагоцитарного звеньев иммунитета разнонаправленны. Высокие значения α -антител к глиадину при нормальных показателях IgA-антител и антител к тканевой транслугтаминазе позволяют отвергнуть диагноз целиакии у детей с гастроинтестинальной пищевой аллергией.

Морфологическими особенностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки детей с проявлениями гастроинтестинальной пищевой аллергии являются: выраженная тканевая эозинофилия с увеличением количества межэпителиальных эозинофилов, инфильтрация тучными клетками с преобладанием дегранулированных форм, повреждение клеточных мембран с формированием микроэрозий.

Прослежена прямая корреляционная связь между отягощенной наследственностью по аллергической патологии ($r=0,675$, $p=0,001$), заболеваниям желудочно-кишечного тракта ($r=0,673$, $p=0,001$) и формированием гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей. Причем отмечена прямая корреляционная связь одинаковой силы по отягощенному анамнезу как со стороны отца, так и со стороны матери.

Схема вторичной и третичной профилактики гастроинтестинальной пищевой аллергии с включением антигистаминных средств нового поколения, энтеросорбентов, ферментных препаратов, про- и пребиотиков позволяет уменьшить выраженность клинических проявлений: боли в животе ($p<0,01$), нарушение характера стула ($p<0,01$), диспепсические явления ($p<0,05$), кожные проявления атопии ($p<0,05$), способствует снижению уровня общего IgE ($p<0,001$), α -антител к глиадину ($p<0,05$).

Вывод. Для детей, имеющих проявления гастроинтестинальной пищевой аллергии, предложен вариант комплексного обследования, включающий инструментальное, морфологическое, аллергологическое, иммунологическое.

Разработан диагностический алгоритм, направленный на раннее выявление данной патологии.

Определены клинические, иммуноаллергологические и лабораторно-инструментальные признаки поражения желудочно-кишечного тракта у детей с гастроинтестинальной пищевой аллергией.

Внедрена в практику эффективная схема вторичной и третичной профилактики обострений гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей дошкольного возраста.

Разработанные рекомендации могут быть использованы в работе гастроэнтерологов, аллергологов, педиатров детских поликлиник и стационаров.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEEL BONE FRACTURES IN CHILDREN

Karimova Z.K., Ganiyeva M.Sh., Jumaeva Z.E., Kurambayev Y.B.
Termez branch of Tashkent Medical Academy

Relevance: Due to its high elasticity and a peculiar arch of a similar structure, a children's foot performs an important depreciation function, therefore, after fractures of the foot bones, stiffness occurs, especially in the plantar arch. This leads not only to a violation of the support, but also to a sharp decrease in the depreciation function of the foot, which can be a cause of long-term consequences due to joint overload, such as foot stiffness.

The purpose of the study: To improve the results of surgical and conservative treatment methods of heel bone fractures in children.

Materials and methods of research:. A comprehensive examination and treatment of 54 children at the age of 4 to 15 years was carried out. By the nature of the fractures, the children were distributed as follows: vertical tubercle fractures, n=23, compression fractures, n=16, horizontal tubercle fractures, n=10. Besides a clinical examination, all children underwent ultrasound scanning, X-ray examination, computer tomography examination.

Research findings: The great importance of Behler angle determining by x-ray was established. Treatment of children with heel bone fractures was approached individually depending on the type of fracture and the degree of displacement of bone fragments. Children's feet, due to their high elasticity and a peculiar arch-like structure, perform an important depreciation function. Fractures of the foot bones, in particular in the heel bones, can lead to stiffness of some part of the joints due to overload, especially on the inner side, which leads to a dysfunction of the supporting and depreciation functions of the foot. Calcaneal fractures in children are relatively rare, mainly in children of older ages, and make up to 8-10% of all fractures of the foot bones.

Calcaneal fractures occur, mainly, when falling from a height to the feet, less often - as a result of a direct injury. When falling from a height with a fixed foot, flattening of the arch of the foot and compression of the calcaneus of the talus occur. It leads to the disruption of the integrity, more precisely, to the compression fracture of the calcaneus.

Conclusions: Calcaneal fractures more often occurred as a result of direct trauma, less often they were caused by indirect exposure to traumatic force. The determination of the talocalcaneal angle and the height index (radiological) is of great importance in the diagnosis of damage to the calcaneus in children. With moderately pronounced displacements of fragments, a closed manual reposition using skeletal traction or an external fixation apparatus is indicated.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Тураева Н.О.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.*

Актуальность проблемы. Нарушение микроэлементного гомеостаза может опосредованно воздействовать на реактивность бронхиального дерева. В патогенезе развития БА ведущая роль принадлежит ионам кальция, магния, которые принимают непосредственное участие в сокращении бронхов; такие микроэлементы как селен, цинк, медь оказывают влияние на процессы перекисного окисления липидов и формирование аллергического воспалительного процесса трахеобронхиального дерева – морфологической основы для развития бронхиальной астмы

Цель исследования. Определить характер изменений микроэлементного статуса при и бронхиальной астме и обструктивном бронхите у детей дошкольного возраста, провести сравнительную оценку полученных данных.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой (БА) и 25 детей того же возраста с обструктивным бронхитом (ОБ). Микроэлементный статус детей определялся в Институте ядерной физики АН РУз путем изучения содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа.

Результаты исследования. Было проведено комплексное исследование 15 химических элементов периодической системы Д.И.Менделеева в волосах у детей, больных бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом. Впервые наиболее точным методом нейтронно-активационного анализа получены показатели содержания в волосах: I, Mg, Cl, Cu, Mn, Na, K, Ca, Br, Se, Hg, Cr, Ba, Fe, Zn. При изучении микроэлементного гомеостаза были обнаружены дисмикроэлементозы у всех детей. Сравнивая полученные показатели микроэлементов при БА и ОБ с нормативными данными, было выявлено, что у детей с бронхиальной астмой отмечается гипермикроэлементоз хлора (2237 ± 481.1), натрия (820 ± 346.8), брома (3.63 ± 0.741) и железа (34.7 ± 7.69), а также дефицит йода (0.72 ± 0.32), меди (8.9 ± 1.39), марганца (0.35 ± 0.05), стронция (0.005 ± 0.0012), бария ($<1.0 \pm 0.2$), магния ($<10 \pm 0.1$) и кальция (528 ± 83.9). При обструктивном бронхите наблюдался гипермикроэлементоз йода (6.24 ± 2.35), калия (1662.8 ± 258.37), брома (9.96 ± 6.15) хлора (4179 ± 874.6) и натрия (1281 ± 480.98), а также дефицит меди (10.3 ± 3.15) и кальция (587 ± 191.16).

Выводы. Изучение микроэлементного статуса при обструктивном бронхите и бронхиальной астме у детей дошкольного возраста позволило определить особенности накопления минералов и микроэлементов в волосах. На основании полученных данных было выявлено изменения в составе микроэлементов у всех обследуемых детей. При бронхиальной астме отмечается гипермикроэлементоз хлора, натрия, брома и железа, и дефицит йода, меди, марганца, стронция, бария, магния и кальция. При обструктивном бронхите наблюдался гипермикроэлементоз йода, калия, рубидия, брома, хлора и натрия и дефицит меди и кальция. Контроль содержания в организме человека по крайней мере таких элементов, как Na, K, Mg, Ca, Fe, Zn, Cu, Co, Se очень важен, поскольку выявляемые даже незначительные нарушения их метаболизма позволяют обеспечить своевременную донозологическую диагностику заболеваний и контролировать эффективность лечения.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследование качества жизни в настоящее время является актуальным и приоритетным научным направлением в медицине, в том числе и в педиатрии

Цель исследования. Изучение влияния социально-гигиенических факторов на качество жизни подростков в регионе Ферганской долины.

Материал и методы исследования. В качестве основных объектов исследования явились подростки в возрасте от 12 до 17 лет включительно, обучающиеся в общеобразовательных учреждениях и колледжах г. Андижана. Всего было роздано 1500 комплектов анкет для детей и их родителей. Качество жизни оценивалось по международному опроснику

PedsQL 4.0. Для изучения условий и образа жизни семей использовалась социально- гигиеническая анкета для родителей, разработанная лабораторией качества жизни научного центра здоровья детей РАМН (2010) и адаптированная в социально-культуральные условия Ферганской долины. Для оценки личностных особенностей детей использован подростковый вариант многофакторного опросника Р.Кеттела, состоящий из 142 вопросов.

Результаты и обсуждение. Наиболее высокое качество жизни отмечается у подростков, воспитывающихся в полных семьях ($p < 0,001$). Выявлены также различия в показателях качества жизни подростков в зависимости от уровня образования матери и отца. Чем выше уровень образования родителей, тем выше показатели качества жизни, за исключением шкалы «Эмоциональное функционирование». Наиболее низкие показатели качества жизни выявлены у подростков, чьи родители не получили даже среднее образование. У курящих подростков по сравнению с некурящими выявлено более низкое качество жизни за счет ухудшения физического функционирования и функционирования в школе. Выявлено влияние характера взаимоотношений в семье на качество жизни подростков. Установлено, что при наличии проблем во внутрисемейных взаимоотношениях ухудшаются все виды функционирования подростка и, соответственно, качество жизни. Наибольшей степени страдали аспекты жизнедеятельности, связанные с микросоциальной и психологической адаптацией. Установлено влияние на качество жизни и характера питания подростков.

Выводы. Таким образом, на уровень качества жизни подростков влияют следующие факторы: социально-гигиенические, воспитание в неполной семье, отсутствие профессионального образования у родителей, низкая материальная обеспеченность семьи, нерегулярное и/или однообразное питание, эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, тревожность и напряженность, низкий самоконтроль, интравертированность, высокая школьная тревожность.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Большой удельный вес пиелонефрита в структуре почечных заболеваний у детей, трудности диагностики и лечения, предсказуемый прогноз определили в последние десятилетия серьезный интерес исследователей к изучению различных сторон этой патологии.

Целью данной работы явилось выявление особенностей диспансерного наблюдения за детьми, перенесших пиелонефрит.

По распространенности среди заболеваний почек пиелонефриту принадлежит первое место. Заболеваемость детей пиелонефритом, в разных регионах нашей страны колеблется от 4,4 до 27,5%. Наибольшая часть заболеваемости пиелонефритом приходится на детей в возрасте до 1 года.

Исход заболеваний от тяжести процесса, являясь неспецифически бактериально-воспалительным заболеванием, в 20 % случаев пиелонефрит наблюдается у больных, находящихся в стационаре, характеризующийся более серьезным прогнозом и упорным течением, основой диагностики заболевания является определение достоверной бактериурии путём количественного определения бактерии в средней порции мочи, полученной при свободном мочеиспускании.

Материалы и методы исследования. Наблюдения больных, перенесших пиелонефрит, показали немаловажное значение её профилактики и диспансерного наблюдения, для чего выделяют 3 группы:

- Группа - дети с активной стадией пиелонефрита в функционально-компенсированной фазе.
- Группа - дети с частичной клинико-лабораторной ремиссией пиелонефрита в функционально-компенсированной фазе.
- Группа - дети с полной клинико-лабораторной ремиссией и с риском возникновения этой патологии.

Вывод. Таким образом, в перечисленных случаях тактика врача:

1. Раннее выявление детей с почечной патологией и наблюдение детей с риском развития заболевания мочевой системы.
2. Контроль за состоянием ребенка с почечной патологией в соответствии с индивидуальным планом наблюдения.
3. Долечивание и продолжение поддерживающей терапии начатой в условиях стационара.
4. Противорецидивные мероприятия, выявление и санация очагов хронической патологии.
5. Отбор детей с болезнями мочевой системы для лечения в местном санатории, на курортах и оздоровительных лагерях.
6. Организация восстановительного лечения и повышение общей реактивности организма.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Касимова Г.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эффективность предлагаемых в настоящее время ряда методик, лекарственных средств, пищевых добавок для реабилитации при бронхиальной астме мало изучена. Так, аргументированные доказательства эффективности применения при бронхиальной астме у детей комплексов витаминов и микроэлементов носят характер единичных публикаций.

Представляется перспективным использование недавно открытых свойств босвеллиевых кислот, экстрагированных из растений, оказывать мощное противовоспалительное действие путем ингибирования синтеза

лейкотриенов и тумор-некротического фактора. В ряде экспериментальных и клинических исследований показана их значительная эффективность при многих патологических состояниях, в том числе при аллергическом воспалении. Встречаются сообщения о выраженном эффекте босвеллиевых кислот при бронхиальной астме у взрослых. При болезнях легких у детей их эффект не изучался. Таким образом, научное обоснование целесообразности включения указанных средств в программы реабилитации больных бронхиальной астмой в условиях детского санатория является весьма актуальным.

Цель исследования. Оценка эффективности реабилитации детей, больных бронхиальной астмой, при включении в санаторный комплекс поливитаминно-минеральных препаратов и биологически активных добавок на основе босвеллиевых кислот.

Материал и методы исследований. Клинические наблюдения проведены в динамике у 120 детей с бронхиальной астмой легкого и среднетяжелого течения, находящихся в периоде неполной и полной ремиссии, в возрасте от 4 до 17 лет.

Результаты исследования. Поливитаминно-минеральные препараты (Цыгапан, Макси-байкал) и биологически активная добавка на основе босвеллиевых кислот (Бронходиол) повышают клиническую эффективность санаторной реабилитации детей с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой на 40%, 48,5% и 36%, соответственно. При этом увеличивается продолжительность ремиссии, сокращается частота и продолжительность эпизодов острых респираторных инфекций.

Цыгапан, Макси-байкал и Бронходиол при реабилитации больных бронхиальной астмой оказывают положительное влияние на функцию внешнего дыхания: нормализуют показатели спирометрии и пикфлоуметрии, улучшают переносимость физической нагрузки, снижают суточную вариабельность пиковой скорости выдоха.

Использование поливитаминно-минеральных препаратов и биологически активной добавки на основе босвеллиевых кислот в комплексе санаторной реабилитации детей с бронхиальной астмой способствует нормализации вегетативного тонуса.

Комплексы санаторной реабилитации с включением Макси-байкала и Бронходиола у больных бронхиальной астмой положительно влияют на систему местного иммунитета, обеспечивая прирост секреторного иммуноглобулина А в слюне у детей в динамике лечения.

Вывод. Научно-обосновано включение в комплекс санаторного лечения детей с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой поливитаминно-минеральных комплексов и биологически активной добавки на основе босвеллиевых кислот, способствующих повышению эффективности реабилитации, достижению стойкой ремиссии, уменьшению частоты острых респираторных инфекций, сокращению объема фармакотерапии, улучшению качества жизни.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ТРАНЗИТОРНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ-ИШЕМИЮ

Касимова Г.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время невозможно представить диагностику патологии щитовидной железы без ультразвукового исследования, позволяющего оценить ее расположение, структуру, объем. Наиболее объективным способом оценки величины щитовидной железы, согласно заключениям экспертов и рекомендациям ВОЗ, стало уточнение ее суммарного объема, измеряемого с помощью ультразвуковой методики — эхолоуметрии. Насчитывается около двадцати попыток разработки нормативов тиреоидного объема в детском возрасте, предпринятых в разных странах. Вопрос об окончательной интерпретации полученного результата является интенсивно изучаемым, но не решенным. Кроме того, значительно реже оцениваются ультразвуковые параметры тиреоидного объема у детей раннего возраста.

Таким образом, актуальность данной проблемы и отсутствие четких критериев, позволяющих оценить размеры и объем щитовидной железы в сопоставлении с ее функциональными особенностями, обуславливает необходимость проведения комплексного исследования морфофункциональных нарушений тиреоидной системы у детей раннего возраста.

Цель исследования. Целью исследования является выявление морфофункциональных нарушений щитовидной железы у детей, перенесших неонатальный транзиторный гипотиреоз и церебральную гипоксию-ишемию, с целью их своевременной диагностики, коррекции и предотвращения формирования тиреоидной патологии.

Материал и методы исследований. Методом свободной выборки был обследован 521 ребенок в возрасте от 1 месяца до 3 лет жизни. Из общего числа обследованных исключены дети с наследственной патологией и врожденными пороками развития, врожденным гипотиреозом, хронической соматической и инвалидизирующей неврологической патологией.

Результаты исследования. Гипоксия плода, перенесенная на фоне сочетанных ante- и интранатальных факторов риска, имеет ведущее значение в формировании изменений функционального состояния центральной нервной и гипотизарно-тиреоидной систем у новорожденных.

У детей, перенесших транзиторный гипотиреоз и церебральную гипоксию-ишемию, выявлен дисбаланс тиреоидных гормонов на фоне увеличения объема щитовидной железы, что указывает на высокий риск по формированию тиреоидной патологии.

Нормативные показатели объема щитовидной железы у детей 1 мес. - 3 лет имеют четкую корреляционную зависимость от возраста и показателей физического развития. Наиболее тесная корреляционная связь определена между тиреоидным объемом и массой тела ребенка раннего возраста ($r = 0,73$), что позволило считать индекс тиреоидной массы наиболее четким критерием индивидуальной оценки объема щитовидной железы.

Параметры тиреоидного объема являются наиболее стабильным и достоверным ультразвуковым показателем изменения морфофункционального состояния гипотизарно-тиреоидной системы у детей с транзитным гипотиреозом и церебральной гипоксией-ишемией.

Дисбаланс показателей гипотизарно-тиреоидных гормонов сочетается с повышением индекса тиреоидной массы более $0,11 \times 10^6$.

Вывод. Предложенные критерии диагностики морфофункциональных нарушений щитовидной железы у детей раннего возраста могут быть использованы для обоснования целесообразности проведения терапии и включения данного контингента детей в группу риска по формированию тиреоидной патологии.

Разработанные параметры объема щитовидной железы могут быть использованы для скрининг-диагностики транзитных и перманентных дисфункций у детей раннего возраста.

Предложена схема диспансерного наблюдения с целью своевременной коррекции транзитных дисфункций и профилактики патологии ЩЖ у детей, перенесших неонатальный транзитный гипотиреоз и церебральную гипоксию-ишемию.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

*Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш., Улмасова С.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения, поскольку наносят большой ущерб здоровью детей и экономике стране.

Существующая ситуация вызвана множеством факторов, из которых самыми существенными являются несвоевременно или неправильно установленный условно-патогенный возбудитель как этиологический фактор ОКИ, неэффективное этиотропное лечение. Для предупреждения ОКИ отсутствуют специфическая профилактика, и снижение показателей заболеваемости и смертности объясняется улучшением социально-экономических условий как важнейшей детерминанты эпидемического процесса.

Целью настоящей работы явился анализ заболеваемости ОКИ у детей и выявление основных детерминантов развития эпидемического процесса.

Материалы и методы. Использованы статистические данные Республиканской ЦГСЭН, карты эпидемиологического исследования очагов (форма 357/у), результаты лабораторных исследований, акты проверок эпидемиологический значимых объектов. Использованы традиционные статистические методы эпидемиологического анализа многолетней динамики заболеваемости ОКИ в РУз.

Результаты и обсуждение. Анализ общей заболеваемости бактериальными и вирусными ОКИ, зарегистрированными в республике за 2001-2010гг., показал, что за указанный период заболеваемость варьировала в пределах показателей 159,3-121,9 на 100. Тис. населения. В состав ОКИ включены сальмонеллез – 8,8%, острая дизентерия, бактериологический подтвержденная – 20,7% и гастроэнтериты -70,5%. Следует отметить, что максимальный уровень заболеваемости ОКИ был отмечен в 2001г. (159,3 на 100 тис. населения), а минимальный в 2009г. – 119,4 на 100 тис. населения. Заболеваемость тифо-паратифозными болезнями, иерсиниозом, компиобактериозом не играет существенной роли в эпидемиологическом процессе ОКИ, уровень составляет 0,9%. В годовой динамике, рассчитанной за 10 лет (2001-2010гг.), ОКИ установленной и не установленной этиологии в республике характеризуются достаточно выраженной сезонностью. Установлено, что сезонный рост заболеваемости регистрируется в мае-сентябре. Среднемесячная доля от общего количества случаев заболеваний составила 12,1% в июне, 13,5% в июле, 9,1% в августе и 9,4% в сентябре. Максимальный уровень достигнут в июле (13,5%).

Активизация механизма передачи в этот период определяется активизацией природных, социальных и биологических факторов, детерминирующих эпидемический процесс, в том числе употребление свежих овощей и фруктов, потенциально инфицированных, увеличением потребления воды, часто из необорудованных источников, купанием в инфицированных реках, арыках и других водоемах, чрезмерным размножением мух в этот период, нарушениями правил личной гигиены, ростом среднесуточной температуры, увеличением миграции, формированием эпидемических штаммов возбудителя, легкостью реализации фекально-орального механизма передачи.

Анализ путей, факторов и условий передачи ОКИ установленной и не установленной этиологии в 2001-2010гг. показал, что основным был пищевой путь-66,8, водный и бытовой пути передачи были установлены соответственно в 0,2 и 33% случаев.

Таким образом, на протяжении последних лет в Республике Узбекистан наблюдается рост заболеваемости ОКИ, обусловленный в основном острыми энтеритами не установленной этиологии. Выявленные факторы влияют на интенсивность эпидемического процесса, прослеживается роль пищевого и контактно-бытового путей передачи как доминирующих.

ACUTE VIRAL GASTROENTERITIS IN CHILDREN

*Kadirov Xusanboy Solievich
Andijan state medical institute*

Relevance. According to experts from the World Health Organization (WHO), every year in the world about 2 billion people suffer from acute respiratory infections, and up to 5 million children in the world die every year from their complications. Acute intestinal infections (acute intestinal infections) occupy a leading place in the structure of childhood infectious diseases, second only to acute respiratory infections and influenza in frequency, economic and social damage.

Purpose of the study. To evaluate the tactics of treatment of AHGE based on the clinical recommendations of pediatricians in Uzbekistan.

Materials and research methods. According to the Vesikari scale in the EX and GS, respectively, in 85.4% and 79.7% of cases, the severity of the disease was estimated at 9-10 points (moderate). According to the CDS scale in EX and GS, respectively, in 94.3% and 92.1% of cases, the degree of exicosis was estimated at 4–5 points (I – II degrees). In exhaust gas, IT was required in 21.3%, in GS - in 67.7% of cases. Children of GS, in addition to nitrofurans, received ceftriaxone in 61.2% of cases. In OG, stool normalized for 2.8 ± 0.5 in GS - for 4.5 ± 0.9 bed days, $p = 0.04$; signs of toxicosis and exicosis were stopped in the exhaust gas - for 3.7 ± 0.2 , in the GS - for 5.4 ± 0.3 bed-days, $p = 0.04$. In GS, against the background of IT, 0.6% of cases developed RDSV.

The results of the study. According to the Vesikari scale in the EX and GS, respectively, in 85.4% and 79.7% of cases, the severity of the disease was estimated at 9-10 points (moderate). According to the CDS scale in EX and GS, respectively, in 94.3% and 92.1% of cases, the degree of exicosis was estimated at 4–5 points (I – II degrees). In exhaust gas, IT was required in 21.3%, in GS - in 67.7% of cases.

Children of GS, in addition to nitrofurans, received ceftriaxone in 61.2% of cases. In OG, stool normalized for 2.8 ± 0.5 in GS - for 4.5 ± 0.9 bed days, $p = 0.04$; signs of toxicosis and exicosis were stopped in the exhaust gas - for 3.7 ± 0.2 , in the GS - for 5.4 ± 0.3 bed-days, $p = 0.04$. In GS, against the background of IT, 0.6% of cases developed RDSV.

Conclusion. Thus, in all respects (normalization of stool, relief of signs of toxicosis and exicosis), the effectiveness of antibiotic-free therapy against the background of oral rehydration of OVHE in OG is shown in comparison with GS.

CLINICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS OF MIXED ETIOLOGY IN CHILDREN

Nargiza Karimova Ravshanbekovna
Andijan state medical institute

Relevance. The relevance of the problem of medical devices due to the large variability of the clinical course of the disease, which can affect the immune system.

Purpose of the study. Determine the severity of the course of infectious mononucleosis for further follow-up of children on an outpatient basis

Materials and research methods. Under our supervision, there were 25 children aged 1 year to 11 years. A mixed viral (cytomegalovirus - CMV and Epstein-Barr - VEB) infection was confirmed in all laboratories (by ELISA). Of these, a bacterial infection was detected in 10 children - Streptococcus pyogenic, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosae (tank. Sowing).

The results of the study. In 15 children with infectious mononucleosis (IMN) without a combination with a bacterial infection, the disease proceeded relatively smoothly with typical symptoms: temperature up to 38–38.5°C for 3-5 days, lymphatic enlargement. nodes of the neck (according to ultrasound up to 1.5–2.0 cm).

In laboratory indicators - leukocytosis from 10109 / l to 12109 / l, atypical mononuclear cells to 3–8, increased ALT and AST to 100 U / l, hepatosplenomegaly (according to ultrasound +1.0 cm from under the edge of the costal arch).

In the group of children where the bacterial flora joined the viral infection, more manifest symptoms were revealed - febrile fever from 39 to 40 ° C, pronounced lymphoproliferative syndrome - an increase in cervical and mesenteric lymph. nodes from 2.5 to 3.5 cm, hepatosplenomegaly (+ 1.5–3.0 cm). In the KLA, more pronounced leukocytosis from 12109 / l to 15109 / l, atypical mononuclear cells from 10 to 15; ALT and AST from 150 to 400 U / L, a longer astheno-vegetative syndrome. All children received standard basic, etiopathogenetic therapy.

The duration of the disease in the group of children where only viral etiology was detected ranged from 5 to 7 days, in the group where there was a combination of viral and bacterial infection - from 9 to 12 days.

Conclusion. Thus, a medical device of combined viral and bacterial etiology proceeds with more pronounced clinical symptoms, high laboratory parameters and requires more intensive and long-term treatment.

CLINICAL FEATURES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

Nargiza Karimova Ravshanbekovna
Andijan state medical institute

Relevance. Many causes of anemia and anemic syndrome can be mentioned among the most common pathological conditions that pediatricians have to deal with every day. This group includes various diseases and pathological conditions, characterized by a decrease in the content of hemoglobin and / or red blood cells per unit volume of blood, leading to a disruption in the supply of oxygen to tissues.

Purpose of the study. Identification of risk factors for development and features of the course of IDA in children 1–2 years of life.

Materials and research methods. We conducted a clinical and laboratory study of 192 children with IDA: group I - 17 children with mild anemia (Hb 90–110 g / l, Er 3.0×10^{12} / l), group II — 102 children with moderate anemia (Hb 70–90 g / l, Er $2.5–3.0 \times 10^{12}$ / l) Group III - 75 children with severe IDA (Hb <70 g / l, Er < 2.5×10^{12} / l).

The results of the study. It was determined that 102 patients - urban residents more often had a mild (14.5%) and moderate (66.0%) course of anemia, severe anemia - in 19.5%; in 90 children, rural residents, moderate (39%) and severe (61%) IDA levels were more often recorded.

The relationship between the frequency of anemia in a child and the presence of anemia ($r = +0.99$, $p < 0.001$) and preeclampsia ($r = +0.76$, $p < 0.001$) in the mother was determined; perinatal encephalopathy ($r = +0.90$, $p < 0.001$), rickets ($r = +0.86$, $p < 0.001$), intestinal dysbiosis ($r = +0.66$, $p < 0.001$); early onset of artificial feeding ($r = +0.78$, $p < 0.001$).

All sick children had complaints of weakness, lethargy, decreased appetite, pallor of the skin and mucous membranes; muscle hypotension (82.3%), moderate tachycardia and systolic functional noise (76.6%), dry hair (48.3%), constipation (21.2%).

In a general blood test, along with a decrease in the level of hemoglobin and red blood cells, 78% of children revealed hypochromia, varying degrees of anisocytosis and poikilocytosis (81%). The level of serum iron was normal in 56% of cases, in the rest it was reduced to $6.3 \mu\text{mol} / \text{L}$.

Conclusion. IDA in young children is recorded in 39.6% of cases and has its own anamnestic and clinical-laboratory features.

COMPLEX TREATMENT OF COMPUTER VISUAL SYNDROME IN SCHOOLCHILDREN

*Kakharova D.M., Mamadieva M.S., Kakharova D.Q.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: General computerization of recent years has brought new challenges. One of them is computer visual syndrome (GLC).

Purpose: The purpose of our study was to study the various manifestations of CVD in adolescent children and to develop a protocol for prevention and treatment.

Materials and methods: Under our dynamic supervision, there were 60 patients aged 12-14 years who spend more than 4 hours behind monitor screens. All patients underwent standard ophthalmologic examination, including visometry, skioscopy, biomicroscopy, ophthalmoscopy, autorefractometry. Also consider complaints of patients surveyed reserve accommodation, a study of the tear film stability

Results: After analyzing the data from the above studies, we found that 2/3 of children (39 people) complained of visual fatigue in the evening, pain and dryness in the eyes, their redness. Signs of instability of the tear film were observed in 11 patients, 46 of them had myopia or accommodation spasm.

We have developed a protocol for the prevention of GLC:

1. Identification and adequate correction of refractive errors.
2. Compliance with the rational regime of visual load.
3. Stimulation of disaccommodative muscles with drugs.
4. Tear replacement therapy.
5. Vitamin therapy and antioxidant therapy.

Conclusions: Thus, the treatment of GLC should certainly be comprehensive and include all of the above activities.

MAKTAB O'QUVCHILARIDA KOMPYUTER VIZUAL SINDROMINI KOMPLEKS DAVOLASH

*Kaharova D.M., Mamadieva M.S., Kaharova D.Q.
Andijon davlat tibbiyot instituti.*

Mavzuning dolzarblik. So'nggi yillarda kompyuterlashtirish yangi muammolarni keltirib chiqarmoqda. Ulardan biri - kompyuterning vizual sindromi (GLC).

Tadqiqot maqsadi. Tadqiqotimizning maqsadi o'spirin bolalarda KTB ning turli ko'rinishlarini o'rganish va profilaktika va davolash protokolini ishlab chiqish edi.

Tadqiqot materiallar va usullari. Bizning dinamik nazoratimiz ostida 12 dan 14 yoshgacha bo'lgan 60 nafar bemor monitor ekranlari ortida 4 soatdan ko'proq vaqt sarflashdi. Barcha bemorlar vizometriya, skioskopiya, biomikroskopiya, oftalmoskopiya, avtorefraktometriya kabi standart oftalmologik tekshiruvdan o'tdi. Rezervga olingan bemorlarning shikoyatlari, yirtiq plyonkalarining barqarorligi

Tadqiqot natijalari. Yuqoridagi tadqiqotlar natijalarini tahlil qilgandan so'ng, bolalarning 2/3 (39 kishi) kechqurun ko'rish charchoqlari, ko'zlardagi og'riq va quruqlik, qizarishi shikoyat qilganini aniqladik. Ko'z yoshi plyonkasining beqarorligi belgilari 11 bemorda kuzatilgan, ularning 46 nafarida miyopi yoki joylashish spazmlari bo'lgan.

Biz GLC profilaktikasi bo'yicha protokolni ishlab chiqdik:

1. Sinishi xatolarini aniqlash va etarli darajada tuzatish.
2. Vizual yukning oqilona rejimiga rioya qilish.
3. Diskomodativ mushaklarni dorilar bilan stimulyatsiya qilish.
4. Ko'z yoshi bilan davolash.
5. Vitamin terapiyasi va antioksidant terapiya.

Xulosalar. Shunday qilib, GLC bilan davolash, albatta, keng qamrovli bo'lishi va yuqorida ko'rsatilgan barcha tadbirlarni o'z ichiga olishi kerak.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Ким О.В., Матлубов М.М.

Самаркандский Государственный медицинский институт

С развитием современной родовспомогательной службы увеличивается и количество беременных с пороками сердца, которые нуждаются в мультидисциплинарном подходе к выбору оптимальной акушерской и анестезиологической тактики.

Цель исследования. Определить оптимальную анестезиологическую тактику ведения беременных с митральным стенозом.

Материал и методы исследования: Всего было обследовано 86 беременных женщин с митральным стенозом в возрасте 18-28 лет при сроках гестации до 38 недель. У всех обследуемых недостаточность кровообращения соответствовала I-III функциональному классу по New York Heart Association. Все женщины были подвергнуты плановому абдоминальному родоразрешению.

В зависимости от степени сужения митрального отверстия все обследуемые были разделены на 4 группы (по классификации Огорокова):

1-ую группу составили 36 беременных с незначительным митральным стенозом и размером митрального отверстия более 2,9 см², 2-ую - 28 беременных с умеренно выраженным стенозом и размером митрального отверстия 2-2,9 см², 3-ю - 14 беременных с выраженным стенозом и размером митрального отверстия 1,1-2 см², 4-ю - 8 беременных с критическим сужением митрального отверстия менее 1 см².

Всем исследуемым проводилась превентивная кардиальная терапия.

Исходя из степени тяжести митрального стеноза группы различались по срокам и способам родоразрешения, а также и по виду анестезиологического пособия.

Так в 1-ой и 2-ой группах проводилось родоразрешение через естественные родовые пути при сроках гестации 36-38 недель; в 3-ей группе проводилось абдоминальное родоразрешение при сроках гестации 32-34 недели, в 4-ой же группе по медицинским показаниям проводилось прерывание беременности путем малого Кесарева сечения при сроках гестации 20-24 недели. В 1-ой группе проводилась эпидуральная анестезия в сочетании с наркотическими и ненаркотическими анальгетиками, во 2-ой группе – сбалансированная эпидуральная анестезия, в 3-ей группе – общая мультимодальная комбинированная анестезия с ИВЛ на основе эпидуральных блокад, у пациенток 4-ой группы – общая многокомпонентная анестезия с ИВЛ.

Исследование проводили на следующих этапах: 1-й этап – исходные показатели; 2-й этап – через 7 дней после начала медикаментозной подготовки; 3-й этап – кожный разрез; 4-й этап – наиболее травматичный этап операции (после извлечения плода); 5-й этап – через 2 часа после абдоминального родоразрешения; 6-й этап – через 24 часа после абдоминального родоразрешения

Для оценки эффективности анестезии использовались общепринятые клинические признаки, метод pin-prick, шкала Bromage, а для определения болевого порога также определялся уровень суммарного кортизола в плазме крови.

Центральную гемодинамику и степень стеноза митрального отверстия изучали методом эхокардиографии (аппаратом ACCUVIX XQ, фирмы Medisoon, Южная Корея). Помимо стандартных методов исследования, изучали КЩС венозной крови (аппаратом ABL800 FLEX, Radiometer, Дания), проводили кардиомониторирование (аппаратом МПР5-02 фирмы «Тригон», Россия), ЭКГ-диагностику (аппаратом ЭКЗТ-12-01, фирмы Геолинк, Россия).

Все полученные числовые величины обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (с помощью программ Microsoft Office Excel) и представлены в виде $M \pm m$, где M - среднее арифметическое значение, m – стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Реакция кровообращения и дыхания на превентивную кардиальную терапию больных во всех 4-х группах была положительной. Однако, более выраженной в 1-ой и 2-ой группах. На последующих этапах показатели гемодинамики в 1-ой и 2-ой группах оставались стабильными и их колебания варьировали в пределах допустимых физиологических норм, а режим кровообращения соответствовал эукинетическому. Аэробные возможности сердечно-сосудистой системы у пациенток этих групп были удовлетворительными на всех этапах исследования. Эти же показатели у пациентов 3-й группы, на фоне применения превентивной кардиальной терапии и общей мультимодальной комбинированной анестезии с ИВЛ на основе эпидуральных блокад, приближались к физиологическим нормам. Более выраженное отклонение от физиологических норм данных показателей отмечалось у пациенток 4-й группы, у которых эти показатели на последующих этапах были относительно стабильными. Гипокинетический режим кровообращения имел тенденцию к сдвигу в сторону эукинетического.

У женщин 1-й и 2-й групп на 3-ем и 4-ом этапах исследования отмечалось увеличение уровня глюкозы до верхних границ нормы, что вероятнее всего связано с выбросом в кровь гормонов стресса на фоне сохраненного сознания при ЭА. На 2-ом этапе исследования регистрируется снижение уровня лактата у больных 1-й и 2-й групп, что свидетельствует об улучшении перфузии тканей. На 3-ем и 4-ом этапах исследования уровень лактата увеличился в обеих группах, но не выходил за границы допустимых норм, что связано с естественным течением родов. У пациенток же 3-ей группы уровень глюкозы крови оставался стабильным на этапах исследования. На 2 этапе исследования у пациенток 3-ей группы отмечалось улучшение перфузии тканей, на 3-ем и 4-ом этапах исследования на фоне ИВЛ с подачей кислородно-воздушной смеси также уменьшалась гипоперфузия тканей. Незначительное увеличение гипоперфузии отмечалось на 5-ом этапе, что было связано с прекращением ИВЛ и переходом на самостоятельное дыхание. У пациенток 4-й группы уровень глюкозы также оставался стабильным на этапах исследования. Уровень лактата в этой группе уменьшался на 2-ом этапе исследования, что отражало положительное влияние кардиальной терапии на перфузию тканей, на 3-ем и 4-ом этапах исследования снижение уровня лактата было связано с применением ИВЛ с подачей кислородно-воздушной смеси. Незначительное увеличение гипоперфузии отмечалось на 5-ом этапе, что было связано с прекращением ИВЛ и переходом на самостоятельное дыхание

Выводы:

1. Состояние гемодинамики у беременных с митральным стенозом находится в прямой зависимости от диаметра митрального отверстия. Увеличение сроков беременности неизбежно приводит к прогрессированию недостаточности кровообращения.

2. Использование ЭА в сочетании с анагетиками в 1-й группе, сбалансированной ЭА во 2-ой группе, ОМКА+ИВЛ на основе эпидуральных блокад в 3-ей группе и ОМА+ИВЛ в 4-ой группе беременных с митральным стенозом позволяет нивелировать риск развития фатальных осложнений в интра- и раннем послеоперационном периоде.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

Кадилов К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В морфологическом плане различные пневмонии объединяют острое очаговое экссудативное и экссудативно-некротическое воспаление с широким диапазоном морфологических изменений по объему поражения (от мелкоочаговой до сливной полисегментарной пневмонии) и по выраженности экссудативных проявлений (от серозного экссудата до некротических и геморрагических изменений). Это послужило поводом для широко распространенного и в то же время не вполне обоснованного (за редким исключением) мнения об унифицированной патологоанатомической картине всех очаговых пневмоний, а также о возможном морфологическом сходстве нозокомиальных и внебольничных пневмоний.

Цель исследования. Изучение особенностей морфологических изменений внутренних органов у детей при острой пневмонии различной этиологии.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили внутренние органы (легкие, тимус, головной мозг, сердце, почки, печень, надпочечники, селезенка и лимфатические узлы) 37 детей в возрасте от 17 дней до 8 лет, умерших от острой пневмонии.

Результаты исследования. В зависимости от возраста умершие были разделены на следующие группы: от 10 дней до 1 месяца (3 детей), от 1 до 6 месяцев (13), от 7 месяцев до 1 года (9), от 1 года до 3 лет (9), от 3 до 8 лет (3). Умерших в первые сутки было 17, на 2-3-и сутки - 5, на 4-5-е сутки - 4, на 6-10-е сутки - 6, спустя 10 суток - 5. Учитывали массу тела при рождении ребенка, характер питания, длительность заболевания до поступления в клинику.

Мальчиков было 23 (62%), девочек - 14 (38%). Преобладали двусторонние острые пневмонии с преимущественной локализацией воспалительного процесса во II, IV, VI, IX, X сегментах легких с двух сторон. По этиологии острые пневмонии были разделены на вирусные (8), бактериальные (27) и вирусно-бактериальные (2).

Из возбудителей бактериальных инфекций наиболее часто обнаруживались *Klebsiella pneumonia* (22), *Pseudomonas aeruginosa* (7), *Proteus mirabilis* (4), *Streptococcus viridans* (2), *Enterobacter aerogenes* (1), смешанная инфекция: *Kl. pneumonia* + *Ps. aeruginosa* (1). Установить вид вирусного возбудителя не удалось.

Установлено, что у детей первого года жизни, умерших от вирусных пневмоний, последние носили двусторонний очаговый или очагово-сливной характер. Наблюдалась множественная очаговость процесса в легочной ткани, выраженные нарушения кровообращения, поражения интерстициальной ткани легкого, быстрое развитие внелегочных осложнений.

Вывод. Таким образом, в этиологической структуре острых пневмоний у детей преобладают бактериальные инфекции, среди которых ведущее место занимает *Klebsiella pneumonia*. У детей первого полугодия выше смертность от вирусных пневмоний.

Изучение морфологической структуры пневмонии показало, что при вирусной пневмонии преобладали мононуклеарная инфильтрация легочной паренхимы с выраженным нарушением реологии крови. При вирусно-бактериальной пневмонии интерстициальная ткань инфильтрирована лимфоцитами, в просвете альвеол полиморфноядерные лейкоциты.

При бактериальной пневмонии альвеолы заполнены гноем с участками некроза легочной ткани. Среди преморбидных факторов следует отметить низкую массу тела при рождении и искусственное вскармливание, а среди факторов, способствовавших неблагоприятному исходу, имели значение, - иммунодефицитные состояния и поздняя госпитализация. Иммунодефициты в 10 (27%) случаях носили характер первичного, в 27 (73%) - вторичного.

ДОРОДОВАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Комилова М., Юлдашева О. С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При дородовой подготовке и индукции родов с целью профилактики аномалий родовой деятельности у беременных с поздним гестозом использовался синтетический аналог простагландинов группы Е "Мизопропрост".

Цель исследования. Изучить эффективность мизопроста для дородовой подготовки беременных с гипертензивными состояниями.

Материалы и методы исследования общеклинические биохимические анализы произведены у 40 беременных УЗИ и доплерометрия.

Результаты. Под наблюдением находилось 40 беременных с преэклампсией, которых разделили на 2 группы. 1-я группа (контрольная) - 20 беременных, получавших общепринятые лечебно-профилактические мероприятия. 2-я группа (основная) - 20 беременных, получавших "Мизопропрост" (100 мкг однократно в задний свод влагалища, при недостаточно выраженном эффекте повторное введение 50 мкг препарата через 6 час.). В контрольной группе у 60% рожениц отмечались аномалии родовой деятельности. Родоразрешены через естественные родовые пути 25 женщин

(62,5%), среди которых из основной группы - 16 (80%), из контрольной - 9 (45%). Оперативно в основной группе завершилось 5 родов (25%). Соответственно, в контрольной группе 9 (45%) родов завершились через естественные родовые пути и 11 (55%) родов - оперативным путем. В основной группе перинатальные поражения ЦНС наблюдались у 2 (10%) детей, в контрольной - у 3 (15%), кефалогематомы наблюдались в основной группе у 2 пациентов (10%), в контрольной - у 4 (20%), аспирационный синдром - у 1 (5%) и 2 (10%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что синтетический аналог простагландинов группы Е "Мизопропрост", применяемый у беременных с гипертензивными состояниями, уменьшает частоту возникновения аномалий родовой деятельности и количество оперативных вмешательств.

Выводы. Таким образом, применение мизопроста существенно снижает частоту аномалий родовой деятельности и, соответственно, количество акушерских и перинатальных осложнений.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

Камилова М.О., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Угроза прерывания беременности является одной из причин преждевременных родов. Этиологическими факторами являются воспаления, инфекции резус - конфликт, гормональная недостаточность.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения дюфастона для лечения угрожающего прерывания беременности в первом триместре.

Материалы и методы исследования. Лечение беременных с угрожающим невынашиванием беременности проводилось в двух группах. В I группе (37 женщин) на фоне общепринятой терапии применяли дюфастон: одномоментно 40 мг, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов угрозы, после чего в минимальной дозе продолжали до 19-20 недель беременности. Во II группе (20 женщин) получали утерожестан 200 мг в сутки в течение 10 дней. При обследовании использовали эхографию, по показаниям определяли в плазме уровень прогестерона. Из группы исследования были исключены беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, признаками урогенитальных инфекций, гиперандрогении. В отличие от других прогестагенов дюфастон лишен эстрогенного, андрогенного, анаболического и других нежелательных эффектов.

Результат и обсуждение. Результаты проведенных клинических и лабораторных исследований позволили установить диагноз угрозы аборта, обусловленного прогестерон-дефицитным состоянием. Беременность удалось сохранить в I группе у всех пациенток, во II группе беременность сохранена у 12 женщин, однако у 4 женщин во II триместре беременности в связи с продолжающимися признаками угрозы использовались токолитики. У 8 женщин произошли выкидыши. Побочных реакций при использовании дюфастона не отмечено.

Выводы. Полученные нами данные позволяют считать, что дюфастон является эффективным гормональным препаратом для лечения угрозы прерывания беременности на ранних сроках, связанного с прогестероновой недостаточностью.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Коржавов Ш.О., Султанбаев Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Акселерация – это ускорение роста индивидуума. На акселерацию влияет ряд факторов внешней и внутренней среды. Изменение этих факторов требует обновления данных о росте организма детей. Данные о росте формирования детского организма помогает нам интерпретировать возрастные, индивидуальные и гендерные (половые) особенности этих процессов и позволяет создавать оптимальные условия для нормального роста детей каждой возрастной группы. Составление стандартов физического развития и полового созревания детей имеет важное значения для и медицины, и педагогики, и создания новых стандартов детских одежд. Следует отметить, что разрабатываемые стандарты требует периодического обновления в связи с изменениями факторов внешней и внутренней среды.

Цель и задачи исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических параметров частей тела у детей в Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Материалом исследования служили новорожденные обоего пола, родившиеся от здоровых матерей, здоровые грудные дети, здоровые воспитанники детских садов. Длину каждого пальца изучали путем измерения на тыльной поверхности костей, расстоянию между фаланговой и пальцевой самой дистальной точкой на мякоти каждого пальца с помощью измерительного циркуля. При изучении длины фаланг (проксимальной, промежуточной и дистальной) каждого пальца кисти измерение проводилось следующим образом. Сначала было измерено расстояние между верной точкой основания проксимальной фаланги I пальца до срединной межфаланговой складки и было принята как длина проксимальной фаланги I пальца. Затем измерение проводилось между срединной межфаланговой складкой до мякоти ногтевой фаланги I пальца и было принято как длина дистальной фаланги I пальца. Идентичной последовательностью были изучены длина фаланг остальных пальцев кисти.

Результаты и обсуждение. Длина I пальца кисти от рождения до конца 5 лет увеличивается в 1,5 раза (от $1,9 \pm 0,02$ до $3,4 \pm 0,03$ см ($P < 0,03$)) при этом наиболее интенсивный рост отмечается в течение первых трех месяцев и на втором году жизни. Длина II пальца кисти от периода новорожденности до конца 5 лет увеличивается в 1,5 раза (от $3,0 \pm 0,03$ до $5,4 \pm 0,04$ см ($P < 0,03$)) и при этом наибольший рост наблюдается на втором году жизни. Длина III пальца кисти в изученных возрастных периодах увеличивается в 1,5 раз (от $3,6 \pm 0,04$ до $6,3 \pm 0,05$ см ($P < 0,03$)) и при этом относительно наиболее интенсивный рост наблюдается в течение трех месяцев, на первом и на втором году жизни. Длина V пальца кисти в

изученных возрастных периодах увеличивается в 1,6 раз (от $3,4 \pm 0,03$ до $6,4 \pm 0,04$ см ($P < 0,05$)). Нами отмечено, что длина V пальца кисти относительно наиболее увеличивается в течение первых трех месяцев, на втором и на пятом году жизни. Длина первой (проксимальной) фаланги I пальца кисти в изученных возрастных периодах увеличивается почти в 2 раз (от $1,5 \pm 0,02$ до $3,0 \pm 0,04$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост идет почти равномерно. Длина второй (дистальной) фаланги I пальца кисти от периода новорожденности увеличивается в 1,7 раз (от $1,3 \pm 0,02$ до $2,2 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост по возрастам происходит равномерно. Длина первой (проксимальной) фаланги II пальца кисти на протяжении первых пяти лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $2,1 \pm 0,01$ до $3,8 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом относительно наибольший рост отмечается на первом и на втором году жизни. Длина II (средней) фаланги II пальца в течение первых пяти лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $1,2 \pm 0,01$ до $2,2 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост идет почти равномерно. Длина дистальной (III) фаланги II пальца кисти от рождения до конца 5 лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $0,9 \pm 0,01$ до $1,6 \pm 0,01$ см ($P < 0,05$)) и при этом наибольший рост наблюдается в течение первых шести месяцев жизни. Длина проксимальной (первой) фаланги III пальца кисти от периода новорожденности до конца 5 лет жизни увеличивается в 2,0 раз (от $2,1 \pm 0,04$ до $4,3 \pm 0,03$ см ($P < 0,05$)) и при этом наиболее интенсивный рост наблюдается в течение первых трех месяцев и на втором году жизни.

Выводы. Длина пальцев кисти в изученных возрастных периодах увеличивается в среднем 1,7 раз и при этом относительно наиболее интенсивный рост наблюдается в течение трех месяцев, на первом и на втором году жизни.

УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КОЖИ У КРЫС ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

*Коржавов Ш.О., Тошмаматов Б.Н., Мухаммадов Н.А.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Апоптоз как вид запрограммированной клеточной смерти наряду с некрозом является одним из ключевых вариантов ответа клетки на повреждение. Апоптоз играет большую роль в патогенезе многих заболеваний. В связи со сказанным ранее актуальным является разработка простой методики *in vivo* для изучения и скрининговой оценки влияния терапевтических воздействий на выраженность некроза и апоптоза.

Цель работы – разработка скринингового метода оценки протекторных свойств терапевтических воздействий на модели ультрафиолетового повреждения кожи у крыс.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено в лаборатории кафедры анатомии человека и ОХТА СамГосМИ. Эксперименты проведены на 6 белых нелинейных самцах крыс средней массой – 250 ± 35 гр. Содержание животных и постановка экспериментов проводилась в соответствии с требованиями приказов № 1179 МЗ УзССР от 11.10.1983 года и № 267 МЗ РУз от 19.06.2003 года, а также международными правилами «Guide for the Care and Use of Laboratory Animals». Все оперативные вмешательства сопровождались использованием золетил-ксилазинового наркоза по следующей схеме: золетил 0,3 мг в/м («Virbac» Франция), ксиланит 0,8 мг в/м (ЗАО «НИТА-ФАРМ, Россия, г. Саратов), атропина сульфат 0,1 % раствор – 0,01 мл п/к из расчета на 100 гр. массы тела животного. Наркоз верифицировали по исчезновению реакции на болевые раздражители (укол лапы) и угнетению роговичного рефлекса. Крысы были разделены на 2 группы: группа № 1 – из 2 животных, интактные крысы; группа № 2 – из 4 крыс, которым проведен сеанс ультрафиолетового облучения кожи. Облучение кожи проводилось с использованием ультрафиолетового облучателя ОББ-92У с лампой мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм. После введения наркоза на боку крысы в участке размером 4х4 см проводилось удаление шерсти. Далее на эту область проводилось наложение плотной ткани с вырезанным участком размером 3х3 см. Ультрафиолетовый облучатель располагался на высоте 20 см от уровня кожи. Проводился один сеанс облучения в течение 25 минут, после чего крысу оставляли в клетке на сутки. На следующие сутки после облучения под наркозом проводился забор участка облученной кожи, с последующей его фиксацией в 10 % растворе забуференного фосфатами нейтрального формалина, на 2-е суток. Для изготовления гистологических препаратов из кожи крыс была проведена модификация методики проводки в парафин с использованием изопропанола и минерального масла (изменялось время экспозиции в растворах, принципиальная схема не менялась). В дальнейшем изготавливались парафиновые блоки, проводилась их нарезка на микротоме МПС-2 (СССР) на срезы с толщиной 10 мкм. Проводилось монтирование срезов на покрытые адгезивным покрытием предметные стекла. Микропрепараты окрашивались гематоксилином-эозином, а также по методу Бреше. Полученные микропрепараты фотографировали с помощью окулярной камеры «Levenhuk 230» (США) на микроскопе Микромед-6 (Россия).

Результаты исследования и их обсуждение. Случаев незапланированной гибели и осложнений у животных зарегистрировано не было. При исследовании микропрепаратов полученных от крыс из группы № 1 – интактные животные, выявлено нормальное строение кожи крысы. При исследовании микропрепаратов полученных от крыс из группы № 2 – подвергшихся облучению оголенной кожи крысы в течение 20 минут с использованием УФ-лампы мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм нами обнаружена микроскопическая картина УФ-индуцированного дерматита. При исследовании микропрепаратов окрашенных гематоксилином-эозином отмечается наличие признаков отека и стаза крови в сосудах дермы. Незначительно выраженная нейтрофильная инфильтрация дермы. Наличие участков отслойки рогового слоя эпителия от дермы. Признаки неоднородной окраски ядер кератиноцитов, появление «солнечно-ожоговых клеток» (кератиноцитов в состоянии апоптоза). При окраске микропрепаратов по методу Бреше наряду с клетками имеющими в своем составе ДНК и РНК, обнаруживается большое число предположительно кератиноцитов окрашенных только метиловым зеленым, наличия окраски пиронином, который окрашивает РНК в них не выявлено, что косвенно свидетельствует о функциональной неактивности ядер, остановившихся процессах транскрипции и трансляции. Расположение неактивных клеток соответствует таковому расположению «солнечно-ожоговых клеток» на срезах.

Выводы. Облучение оголенной кожи крысы в течение 20 минут с использованием УФ-лампы мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм приводит к развитию ультрафиолетового дерматита, при этом наряду с некротизированными обнаруживаются кератиноциты в состоянии апоптоза «солнечно-ожоговые клетки». Мы разработали модель

ультрафиолетового облучения кожи, которая потенциально может применяться в качестве скринингового метода оценки протекторных свойств лечебных воздействий.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кохоров М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Как известно, проблема патологии пародонта имеет общемедицинское и социальное значение. По данным ВОЗ 80% взрослого населения земного шара подвержено заболеваниям пародонта, приводящим к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств.

Целью исследования является предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков. Профилактика должна способствовать правильному развитию организма во внутриутробном и раннем периоде после рождения, в процессе формирования и роста в детском и подростковом возрасте. Общее лечение заболеваний пародонта у детей. Общее лечение заболеваний пародонта предусматривает не только этиологические факторы, но и механизм развития отдельных звеньев патологии. В связи с этим общее лечение определяется состоянием здоровья ребенка и включает лечение основного заболевания, повышение защитных сил организма. Оно должно быть строго индивидуализировано. Витаминотерапия. Наиболее эффективный комплекс витаминов С, Р, Е, А, Д, группы В. Потребность в витаминах у детей и подростков значительно выше, чем у взрослых. Это объясняется особенностями растущего организма – напряжением обменных процессов, быстрым ростом и развитием ребенка. При заболевании пародонта витамины принимаются в дозах, в 2-3 раза превосходящих нормы суточной потребности здоровых детей. Курс лечения 2-4 недели. Следует обратить внимание на недопустимость приема витаминов без назначения врача. Бесконтрольное употребление витаминных препаратов в лучшем случае будет неэффективным, в худшем – причинит вред здоровью. Целесообразно назначение реминерализующей терапии - Кальций-Д3 Никомед 1 таблетка содержит 500мг элементарного кальция и 200 МЕ витамина Д3 по 1-2 таблетки в сутки 20-25 дней 2-3 раза в год. Гипосенсибилизирующая терапия. Поскольку при заболевании пародонта у детей и подростков возникают условия, способствующие сенсибилизации организма, а нередко патологический процесс в пародонте разворачивается на аллергическом фоне, целесообразно назначать таким больным гипосенсибилизирующие средства. Назначению гипосенсибилизирующей терапии должно предшествовать постановка аллергических реакций. При выборе гипосенсибилизирующих препаратов (тавегил, супрастин, пипольфен, димедрол, диазолин) следует учитывать состояние нервной системы. При заболевании пародонта у детей и подростков назначают средства стимулирующего действия: фибс, продигозан, ретаболил, метацил, пентоксил, имудон. При назначении этих лекарственных средств следует учитывать исходное состояние реактивности организма, механизм действия препарата, особенности течения заболевания пародонта.

Выводы. Применение комплекса профилактических мероприятий, включающего стоматологическое просвещение с обучением правилам ухода за полостью рта, профессиональную гигиену и использование лечебно-профилактических средств, содержащих антибактериальные и противовоспалительные компоненты, позволило добиться снижения воспалительных явлений в тканях пародонта.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ

Кузиева Г.А., Сатимова Ш.М., Усманова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы хронического пиелонефрита (ХП) за последние два десятилетия обусловлена не только его широкой распространенностью, но и заметным изменением клинической картины.

Цель исследования. Изучение течения беременности у женщин с ХП.

Материалы и методы. Для выявления особенностей течения беременности было исследовано 30 беременных с ХП (основная группа) и женщины контрольной группы, в которую входили 30 беременных женщин с неосложненной беременностью и не имеющих осложненные роды в анамнезе. Все женщины, находящиеся под нашим наблюдением, подвергались углубленному клиническому обследованию с тщательным изучением общего и специального гинекологического анамнеза. Проводился общий осмотр, наружное и внутреннее акушерское обследование, клинические анализы крови, мочи, им определяли группу и резус принадлежность крови, исследовали кровь на реакцию Вассермана, анализ мочи по Нечипоренко.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил 25 ± 3 года. Средний срок обострения ХП - 14 ± 4 недели беременности. Средняя продолжительность стационарного лечения женщин с ХП составила 16 ± 2 дня. Дизурические расстройства отмечались в 6 из 30 (20,0%) случаях. При исследовании было обнаружено, что при наличии ХП проявлялась тенденция к снижению уровня гемоглобина, количества эритроцитов, возрастанию СОЭ. Изменения лейкоцитарной формулы носили только относительный характер и отражались в изменениях наиболее реактивных форм лейкоцитов - количестве нейтрофилов и лимфоцитов. Таким образом, изменения в составе белого ростка крови на момент поступления отражали сомнительную активность инфекционно-воспалительного процесса в организме с признаками хронического течения. Практически все параметры общего анализа мочи при поступлении свидетельствовали о функциональном неблагополучии мочевыводящих путей: увеличение случаев наблюдения помутнения мочи (до 52,0%), снижение плотности (до 1010), протеинурия (до 0,23 г/л), увеличение количества плоского эпителия (до 10,3 шт./поле

зрения), наличие бактериурии, цилиндрурии, появление дрожжей, повышенное выделение солей и слизи. Все вышеперечисленное свидетельствовало о наличии инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящих путях. Подсчет клеток крови в осадке мочи при поступлении выявил увеличение количества лейкоцитов при наличии тенденции к увеличению количества эритроцитов. Такие данные общего анализа мочи и анализа мочи по Нечипоренко свидетельствовали об обострении хронического воспалительного процесса в мочевыводящих путях. При ультразвуковом исследовании почек матери отмечалось: расширение чашечно-лоханочной системы - у 23 (76,7%) женщин, наличие конкрементов - у 4 (13,3%), аномалии развития почек - у 16 (53,3%). Инфильтративные изменения почечной паренхимы были выявлены у 1 (3,3%) женщины.

В сочетании с пероральным приемом антибиотиков мы рекомендовали препарат Канефрон Н по 2 др. 3 раза в день. Канефрон - фитопрепарат с оптимальным сочетанием фармакологических эффектов лечения и профилактики воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей, повышает эффективность антибактериальной терапии при присоединении инфекции.

Выводы. Для беременных женщин с пиелонефритом характерна тенденция к снижению уровня гемоглобина, количества эритроцитов и возрастанию СОЭ. Наличие инфекционно-воспалительного процесса подтверждалось статистически достоверным увеличением лейкоцитарного индекса интоксикации. Изменения лейкоцитарной формулы носили только относительный характер и отражались в изменениях наиболее реактивных форм лейкоцитов - количестве нейтрофилов и лимфоцитов.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН

Кузиева Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Беременность и алкоголь – эти понятия несовместимы. Но, к сожалению, не все женщины так считают. А зря. В том, что алкоголь во время беременности имеет тяжелые последствия, сомнений возникать не должно. О его пагубном влиянии на развитие плода и здоровье будущего ребенка много писалось и говорилось, и пишется и говорится сейчас.

Цель исследования. . Целью исследования явилось изучение влияния алкоголизации на течение беременности у женщин.

Материал и методы исследования. В связи с этим нами была обследована группа беременных женщин, страдающих хроническим алкоголизмом из анамнеза состоящих на учете в АОНД.

Результаты исследования. Но многие женщины уверены, что если они, будучи беременными, не злоупотребляют спиртным, а пьют его умеренно, то ничего не произойдет.

Можно ли употреблять алкоголь при беременности в малых дозах, и какой должна быть эта доза?

Над этим вопросом трудились немало врачей и ученых, и ответ каждый раз был новым. Раньше бытовало мнение, что бокал хорошего вина даже полезен беременной женщине, особенно – красного вина, которое повышает гемоглобин и улучшает аппетит.

Норму однозначно никто установить не мог, так как каждый организм по-своему реагирует на алкоголь. В среднем, для беременной женщины нормальным считался один бокал вина в неделю.

Нередко наблюдаются бесплодие, мертворождения, рождение детей с физическими пороками.

Доказано, что ребенок в утробе пьет то же, что и его мать. Конечно, не в том количестве, что мама, но половина принятого ею достается ребенку. Последние данные даже говорят, что алкоголь в полном объеме проникает через плаценту, значит, ребенок от него не защищен вовсе.

Вывод. У женщин с алкоголизацией очень высок риск рождения ребенка с аномалиями и дефектами. Это могут быть: поражения сердечнососудистой системы; аномалии развития конечностей; черепно-лицевые дефекты; внутриутробная и послеродовая задержка роста, набора веса и психического развития.

HEAVY PREECLAMPATION AND ITS PECULIARITIES OF ANGIOGENIC STATUS

Kuzieva G.A.

Andijan State Medical Institute

Relevance: Modern clinical, laboratory and experimental methods of research are aimed at studying the mechanisms of the onset and development of this obstetric complication. A lot of theories have been proposed, but today we have to agree with Jeffcoate TN and Baksheev N.S., who named PE 50 years and 40 years ago as a "disease of theories" and "a disease of riddles and assumptions", as in the 30s of the last century, articles devoted to the study of PE begins with the statement that completely the causes of the development of this disease are unknown. Diagnostic criteria are still based on nonspecific clinical and laboratory signs and timely accurate recognition of the development of PE is an important task of modern researchers

There are many reports of a change in PE level of pro and anti-angiogenic factors, which play a central role in the process of implantation, cell proliferation, angiogenesis. However, in the vast majority of works, attention is paid to individual factors without taking into account the content of other compounds involved in the pathogenesis of the pregnancy complication discussed.

The purpose of the study: To study the clinical features of pre-eclampsia and to develop methods for joint treatment.

Materials and methods of research: From 2009 to 2013, 24961 pregnant women were delivered to AOPC. During this period, the diagnosis of "severe preeclampsia" was delivered to 244 women, which is 0.98% of all deliveries in the hospital. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

Research findings: Obviously, the majority of the subjects are women aged 19 to 34 (80%), the patients of the late reproductive period (35 years and older) were 16% (39 people).

All pregnant women lived in satisfactory social conditions. Most of the patients had an average (94 people, 38.52%) and specialized secondary education (67 people, 27.46%) and were rural residents (140 people, 57.36%)

In the structure of extragenital diseases in pregnant women with severe PE, the major share was made by diseases of the cardiovascular system (51.08%), among which hypertension predominated. Attention is drawn to a large number of patients with obesity (87 people;

46.77%), up to its morbid forms. Generation of obesity was not always possible to clarify and the patient's data were not included in the group of endocrinopathies in isolation on this basis. In third place among the diseases associated with PE, is the pathology of the kidneys (32,26%), mainly chronic pyelonephritis (52 observations). In addition, there were pregnant women with thyroid gland diseases, diabetes mellitus (type I and gestational), and 16 people (8.6%) with chronic cholecystitis.

In the majority of subjects, the menstrual cycle was a regular normoponitor, a violation of the OC type occurred in 3 (1.48%) cases, dysmenorrhea was observed in 5 (2.46%) observations.

Analyzing the gynecological history, it should be noted that 124 (61.08%) of patients with severe PE had a history of gynecological diseases, in 24 (11.82%) of them the history was burdened by infertility (duration from 2 to 17 years).

In a quarter of the subjects with the forthcoming repeated childbirth, the previous pregnancy ended with the operation of a cesarean section, the indication to which 11 people had a severe PE. In total, this complication of pregnancy was observed in 20 patients and developed repeatedly in this pregnancy, in 3 of them severe PE led to antenatal fetal death in past pregnancies.

In our study, we observed several clinical variants of PE: the classical triad of Tsangemeister was observed in 58.2% (142 women) of cases, the edematous proteinuric form occurred in 14.75% (36 cases) of observations, on the basis of isolated high AG, the diagnosis of severe PE was delivered in 16.8% of cases (the clinic was joined and other criteria for severe PE).

Conclusions: In the majority of pregnant women in the Andijan territory with severe PE 1. (58.2%), there is a classic symptomatic of PE with the presence of the Tsangemeister triad. Severe PE significantly affects the duration and method of delivery (abdominally 70.5% were given birth, early delivery took place in 61.07% of cases). A low mass of newborns from mothers with severe PE is typical (2240.92 gr., SD 836.66), the greater part (65.7%) is estimated by Apgar in 5-7 points, nursing of children requires a long stay in the hospital with transfer to the second stage of nursing (67.35%) and the use of modern resuscitation measures (IVL, surfactant preparations).

In pregnant women with severe PE in the blood serum concentration of 2.

the anti-angiogenic factor is significantly higher in comparison with sFlt-1 pregnant women without hypertensive disorders (4362 ± 570.12 and 1080 ± 435 pg / ml, respectively, $p0.05$), the value of the ratio sFlt-1 / VEGF is almost 6 times significantly higher in patients with heavy PE (503 ± 67 and 86.22 ± 11.81 , respectively, $p0.01$).

In severe PE, the serum level of adhesion molecules is 3.

($r = 0.74$, $p0.0001$), a significant difference occurs in the treatment of sVCAM-1 (1391 ± 308.33 and 966.2 ± 165.22 ng / ml, respectively ; $p0.05$).

THE ROLE OF PREVENTION IN HUMAN HEALTH

Kuziyev O. A.
Andijan State Medical Institute

Prevention is a complex of various measures aimed at preventing any phenomenon or eliminating risk factors. Preventive health care (preventive medicine or prophylaxis) implies a set of measures aimed at preventing the development of diseases, in contrast to their treatment of diseases. Just as health encompasses various physical and mental conditions, environmental factors, genetic predispositions, pathogens, and lifestyles affect illness and disability. Health, illness, and disability are dynamic processes that develop even before individuals realize that they are affected. Disease prevention is based on activities that can be classified as primary, secondary and tertiary prevention measures. Measures are the most important component of the healthcare system, aimed at the formation of the population's medical and social activity and motivation for a healthy lifestyle.

Issues of disease prevention based on the observance of personal hygiene and rational dietetics occupied a significant place in the medicine of the ancient world. However, the development of the scientific basis for prevention began only in the 19th century. due to the development of general biological sciences, medical science as a whole and the emergence of its many disciplines dealing with particular issues, in particular physiology, hygiene and epidemiology; an important role was played by the dissemination of social ideas in clinical medicine. Every year, millions of people die from preventable causes. The main causes of deaths are cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, accidental injuries, diabetes mellitus and some infectious diseases. There are many methods for preventing disease. Adults and children, even if they feel healthy, should periodically consult a doctor in order to undergo preventive examinations, screen for a certain range of diseases, identify risk factors for diseases, to discuss healthy and balanced lifestyles, to receive information about immunization, and to maintain a good relationship with your doctor.

The most commonly screened examinations are for hypertension (high blood pressure), hyperglycemia (high blood sugar, a risk factor for developing diabetes mellitus), hypercholesterolemia (high blood cholesterol), and colon cancer, depression, HIV and other common diseases, sexually transmitted diseases such as chlamydia, syphilis, and gonorrhea. Mammography (to detect breast cancer), colorectal cancer research, a pap test (to check for cervical cancer) and the detection of osteoporosis are also performed as part of the screening. Also, as a screening study, a genetic analysis can be performed aimed at identifying mutations that cause genetic disorders or a predisposition to certain diseases, such as breast cancer and ovarian cancer. However, these measures are not accessible to everyone, and the cost-effectiveness of preventive health care is still a topic of debate.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДИК CARS и M-CHAT-R

Маджидова Ё.Н., Нурмухамедова Д.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)

Актуальность. Современный этап развития в области детской неврологии, психиатрии, клинической психологии характеризуется усилением внимания к углубленному изучению детей с нарушениями психоречевого развития. На фоне этого особое внимание уделяется проблеме аутизма. Аутизм - расстройство, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия, общения, нарушением речи, а также ограниченными интересами и стереотипными действиями. Несмотря на то, что психиатр может выставить диагноз с трех лет, первые признаки заболевания можно увидеть уже в младенческом возрасте.

Целью данного исследования явилось сравнение возможностей скрининговых методов M-CHAT-R (модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей пересмотренный (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised)) и CARS (детской рейтинговой шкалы аутизма (The Childhood Autism Rating Scale)).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе клиники «Реацентр» г.Ташкента (Узбекистан) и государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» г.Минск (Республика Беларусь). В исследовании приняли участие 131 ребенок, из них 55 детей с аутизмом, 31 – с органическим поражением центральной нервной системы, 45 здоровых детей, которым проводились скрининговые методы M-CHAT-R и CARS. Опросник заполняется родителями. Данные, полученные с помощью M-CHAT-R, могут быть подсчитаны специалистом (врачом, психологом) менее, чем за две минуты.

Основной целью M-CHAT-R является максимизация чувствительности, что означает обнаружение как можно большего количества случаев аутизма среди детей 2 -7 лет.

M-CHAT-R является широко используемым скрининговой методикой, позволяющей обратить внимание врачей-специалистов и семьи на возможные симптомы аутизма у ребенка. Это помогает выявить как можно больше случаев расстройства. Для данного теста характерны ложноположительные результаты, другими словами, не всем детям, у которых по результатам M-CHAT-R выявлен риск аутизма, будет поставлен этот диагноз.

Рейтинговая шкала для оценки детского аутизма (The Childhood Autism Rating Scale CARS), используется для оценки и скрининга аутистических проявлений у детей с 2 лет.

CARS – востребованный инструмент скрининговой диагностики для практикующих специалистов в области медицины и клинической психологии. Позволяет оценить аутизм в легкой, умеренной, резко выраженной степени, а также определить характер нарушений (коммуникация, страх и тревожность, адаптацию к переменам и т.д.)

Результаты скрининга с помощью CARS и M-CHAT-R – это информация для практикующих специалистов, побуждающая к проведению детальной диагностики мультидисциплинарной бригадой специалистов по утвержденным протоколам диагностики общих расстройств развития (F84).

Результаты исследования. В процессе исследования заполнялись методики M-CHAT-R и CARS. Подсчет и анализ результатов проводился слепым методом. В результате в группе с подозрением на аутизм у 15% детей выявлен низкий уровень риска, средний уровень риска у 45% детей, высокий уровень риска у 40%. Таким образом, установлено превалирование среди обследованных детей среднего и высокого риска развития аутизма по скрининговому опроснику M-CHAT-R.

Анализ данных в группе детей с аутизмом по шкале CARS показал у 5,4% резко выраженный аутизм, 10% - умеренная степень, 45,4% - легкая степень аутизма и у 38,1% без аутизма. По результатам методики M-CHAT-R выявлено: 29,09% низкий уровень риска, у 70,9% средний уровень риска, 0 высокий риск аутизма.

Выводы:

По вышеизложенным результатам в группе детей с аутизмом две методики показали высокую результативность – процент положительных результатов по шкале CARS 62% и M-CHAT-R 71%.

В M-CHAT-R уделяется внимание взаимодействию ребенка и родителей, и позволяет ответить исключительно да/нет.

CARS обладает градацией нарушения и предлагает выбор среди нескольких вариантов ответов.

Сравнение скрининговых методик M-CHAT-R и CARS показывает, что вторая методика охватывает большее количество характеристик ребенка и позволяет определить тип нарушений, что в свою очередь, позволяет выбрать врачу правильную тактику при лечении и психокоррекции. При обнаружении риска развития аутизма методика M-CHAT-R трансформируется в более подробную M-CHAT-R/F, которая с помощью пошагового интервью приобретает характер диагностической. CARS и M-CHAT-R имеют свои преимущества и недостатки. И в будущем возможно создание варианта новой/скрининговой модифицированной шкалы на основе M-CHAT-R и CARS, которая включит сильные стороны, избежав слабых.

Таким образом, дети с 2 до 7 лет с подозрением на аутизм и расстройство аутистического спектра (РАС) могут быть обследованы по методикам M-CHAT-R и CARS.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНГИБИТОРОМ

Макеева Н.И., Одинец Ю.В., Саратов В.Н., Казанов В.Я., Губарь С.О., Маренич Л.П., Болдырева Е.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Образование ингибиторных антител к факторам VIII или IX является одним из наиболее тяжелых и грозных осложнений заместительной терапии гемофилии. Частота их появления составляет от 5 до 12 % из общего количества больных гемофилией. Появление ингибитора непредсказуемо и может наблюдаться после 2-3 введений препаратов или через несколько лет проведения заместительной терапии. Длительность циркуляции ингибитора составляет от нескольких месяцев до нескольких лет.

Антитело прикрепляется к фактору VIII или IX и нейтрализует или подавляет его способность к остановке кровотечения. Под действием ингибитора экзогенный фактор быстро теряет прокоагуляционную активность, стимулирует дополнительную продукцию антител (возрастает титр и активность ингибиторных антител). Эти обстоятельства вызывают трудности в выработке тактики ведения таких больных и требуют строго индивидуального подхода к каждому конкретному пациенту.

Образование ингибиторных антител чаще отмечается у пациентов с определенными наследственными признаками. Следует отметить, что у больных гемофилией А чаще развивается «ингибиторная» форма заболевания, чем у больных гемофилией В. Кроме того, частота образования антител обычно выше при более тяжелой степени заболевания. Ингибитор редко появляется у больных при наличии у них фактора свертывания крови в концентрации, большей 5%. Появление ингибитора имеет тенденцию передаваться по семейной линии. Он чаще всего наблюдается в США среди чернокожего населения. Сегодняшние объяснения этой проблемы далеки от завершенности, хотя исследователи активно изучают и ген гемофилии, и иммунную систему организма в поисках ответа о механизмах возникновения ингибиторных антител. Наличие ингибитора может быть заподозрено, если на фоне адекватного по дозе лечения фактором кровотечения внезапно и неожиданно не останавливается в положенные сроки. Присутствие ингибитора обычно подтверждается специфическим анализом крови, называемым Бетезда Тест. Когда антитела уже обнаружены, они обычно классифицируются по степени ответа на стимуляцию иммунной системы пациента повторными введениями факторов свертывания VIII или IX.

На сегодняшний день для лечения гемофилии у детей, осложненной ингибитором, используют высокие дозы концентрата FVIII (человеческий плазменный и рекомбинантный); высокие дозы концентрата FIX (человеческий плазменный); концентрат активированного протромбинового комплекса (aPPC); рекомбинантный активированный FVII (rFVIIa). Факультативно применяют антифибринолитические средства и плазмаферез как адъювантную терапию.

Под наблюдением гематологического отделения ГКДБ № 16 в настоящее время находится 29 больных гемофилией А и В в возрасте от 1 месяца до 18 лет, из них у 1 больного с тяжелым течением гемофилии А имеет место «ингибиторная» форма заболевания. Титр ингибиторных антител у него составляет более 5 BE (Бетезда единиц), что свидетельствует о высоком иммунном ответе на введение антигемофильных препаратов.

Анализ материалов истории болезни этого пациента свидетельствовал о том, что ему никогда не проводилась профилактическая терапия, а он получал только терапию «по требованию». В возрасте 11 месяцев у него была установлена «ингибиторная» форма заболевания и дальнейшее лечение проводилось препаратами шунтового действия и антиингибиторным комплексом. С возраста 2 лет 2 месяцев начата ГПТ-терапия по высокодозному протоколу с дозой препаратов FVIII 200 ME/кг в сутки (до начала терапии - титр ингибитора составлял 24 BE, на 3-й день терапии - 200 BE). Параллельно применялись препараты шунтового действия (коагил, фейба), и, хотя в динамике титр ингибитора к 2 годам 7 месяцам снизился в 2 раза от исходного показателя (11,4 BE/мл), отмечалось клиническое ухудшение в течении заболевания, потребовавшее пересмотра дозы препаратов FVIII до 300 ME/кг в сутки. В дальнейшем ГПТ терапия была отменена. При контрольных мониторингах титр ингибитора оставался высоким. В связи с этим, при кровотечениях продолжали сочетать препараты FVIII с препаратами шунтового действия. Однако, несмотря на проводимую терапию, в динамике сохранялись геморрагические проявления (межмышечные и подкожные гематомы, возникающие после травм). Это позволило нам сделать вывод о том, что у больного имеет место неудовлетворительный ответ на ГПТ-терапию, и о бесперспективности ее дальнейшего проведения. Учитывая вышеуказанные обстоятельства, перспективным, по нашему мнению, является использование в качестве средства профилактики кровотечений у данного пациента препарат «Гемлибра» (эмицизумаб), связывающий активированный фактор IX с фактором X и восполняющий функции отсутствующего активированного фактора VIII, необходимого для эффективного гемостаза. Поскольку эмицизумаб не имеет структурного сходства или гомологичных последовательностей с фактором VIII (FVIII) и, соответственно, не индуцирует, и не усиливает образование прямых ингибиторов FVIII, имеет удобный способ введения (подкожный), то это открывает новые перспективы в лечении гемофилии и, в частности, ее «ингибиторной» формы.

ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Макеева Н.И., Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Афанасьева О.А., Белоусова Л.С., Койда М.Л.
Харьковский национальный медицинский университет*

Актуальность. Острые лейкозы (ОЛ) у детей до сих пор остаются одними из самых тяжелых и неблагоприятных заболеваний. Внедрение современных программ лечения ОЛ у детей позволило достичь 70% выживаемости этой категории больных. Однако выживаемость не является синонимом полного здоровья. В настоящее время все большее внимание уделяется исследованию качества жизни (КЖ) пациентов.

Цель. Получение индивидуальной информации о реакции ребенка на заболевание и проведение полихимиотерапии для оценки не только показателей физического, но и психологического, эмоционального и социального состояния.

Материалы и методы. Для оценки КЖ у детей, страдающих острым лейкозом, мы разработали опросники, на которые получены авторские свидетельства. Под нашим наблюдением находилось 47 детей в возрасте от 2-х до 18-ти лет, страдающих острым лимфобластным лейкозом, из них в возрасте 2-5 лет - 17 детей (1 группа), в возрасте 5-8 лет - 12 детей (2 группа), в возрасте 8-12 лет (3 группа) - 5 детей, в возрасте 12-18 лет (4 группа) - 13 детей. Все дети и (или) их родители опрошены в периоде первой гематологической ремиссии.

Результаты. Физическая активность оценивалась наиболее низко в возрастной группе 5-8 лет, что, вероятно, связано с переходом из детского сада в школу и возрастанием нагрузок, с которыми дети справлялись не очень успешно. Социальная активность наиболее низко оценивалась в возрастной группе 2-5 лет, что, очевидно, связано со слабой адаптацией детей в детском коллективе из-за длительного времени, которое они проводили в лечебном учреждении. Активность в детском саду и (или) школе у детей не была нарушена ни в одной группе, что можно объяснить опять-таки длительным пребыванием детей в стационаре, где они много читают и пользуются компьютерами, что развивает их, но индивидуально, не улучшая социальную адаптацию. Эмоциональная активность детей, страдающих острым лейкозом, оказалась наиболее уязвимой во всех возрастных группах, невзирая на вступление в фазу ремиссии.

Выводы. Оценка качества жизни является важным критерием определения эффективности лечения и должна быть общепризнанной. Даже в фазе ремиссии пациенты испытывают ряд проблем, для решения которых им нужна психологическая поддержка, в связи с чем целесообразно ввести в штат сотрудников гематологического отделения психолога.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ БУДУЩИХ ПЕРВОКЛАССНИКОВ

*Макеева Н.И., Сергиенко Е.В., Чайка К.А., Чумак Т.А., Должко Н.В., Осьмачко И.Е., Бойко О.Н.
Харьковский национальный медицинский университет*

В последние годы в Украине сохраняется рост общей заболеваемости детского населения. Особенно много работ посвящены здоровью школьников. Состояние здоровья зависит от множества факторов: экологическая ситуация в стране, ухудшение экономической составляющей, что приводит к ухудшению структуры питания, возрастающим действием ускоряющегося информационного потока, снижением эффективности профилактических методик и мн. др. Вопросы об улучшении здоровья детей должны подниматься на государственном уровне, т.к. от состояния здоровья подрастающего поколения будет зависеть развитие всего общества. Функциональное состояние сердечно - сосудистой системы является важным индикатором формирования адаптации организма к физическим и интеллектуальным нагрузкам.

Целью нашего исследования явилось изучение функционального состояния сердечно - сосудистой системы будущих первоклассников.

Материалы и методы: было обследовано 178 дошкольников старших групп ДУЗ города Харькова методом случайного отбора (средний возраст $6,2 \pm 0,45$ года). Среди них мальчиков - 53,9%, девочек - 46,1%. Программа обследования включала изучение медицинских карт детей, оценку физического развития, измерение артериального давления, ЧСС, оценку индекса функциональных изменений (ИФИ) сердечно - сосудистой системы (интерпретация результатов осуществлялась согласно модификации А.В.Костенко, адаптированной для детского возраста).

Результаты исследования: в результате изучения медицинских карт было установлено, что 24,7% детей состоят на диспансерном учете у разных специалистов, вследствие наличия хронической патологии (ЛОР, гастроэнтеролог, кардиолог, окулист). У $43,2 \pm 3,2\%$ детей физическое развитие было гармоничным, среди обследованных с дисгармоничным развитием преобладали дети с отклонением индекса массы тела выше нормы ($36,5 \pm 3\%$). Среди них у 12,5% мальчиков и 3,5% девочек показатели ИМТ превышали порог 95 центиля (ОЯ=3,762 (CI 95% 1,023; 13,830)). Систолическое артериальное давление в состоянии покоя у большинства детей ($87,1 \pm 3,8\%$ $p < 0,05$), было в пределах возрастной нормы, у 11,2% мы выявили повышение САД (выше 114 мм рт.ст), снижение САД было зарегистрировано у 1,7% дошкольников (ниже 85 мм рт.ст). Нормальные показатели ДАД наблюдались у $84,3 \pm 3,8\%$ детей, повышение ДАД (выше 72 мм рт.ст) имели 14,6% детей, 1,1% имели снижение ДАД (ниже 49 мм рт.ст). Тахикардия (более 126 уд./мин) была зарегистрирована у 1,1% обследованных, брадикардия (меньше 86 уд./мин.) - у 14,6% детей. Большинство детей имели нормальные значения ЧСС ($84,3 \pm 3,8\%$). Достоверных гендерных различий между уровнем давления и ЧСС не выявлено ($p > 0,05$). Уровень ИФИ у 39,9% обследованных был удовлетворительным, у 36,5% детей отмечалось напряжение адаптации, у 16,3% дошкольников был выявлен неудовлетворительный адаптационный потенциал, срыв адаптации был установлен у 7,3% детей.

Выводы: оценка состояния здоровья будущих первоклассников показала, что к моменту начала школьного обучения 24,7% детей имеют хронические заболевания. Среди обследованных преобладают дети с дисгармоничным физическим развитием (преимущественно с избыточной массой тела), причем риск развития ожирения у мальчиков в 3,762 раза выше, чем у девочек. Высокие показатели адаптационного потенциала, могут в дальнейшем привести к истощению физиологических резервов организма и развитию соматических заболеваний. Наши данные свидетельствуют о необходимости медицинского наблюдения за этими детьми и разработке коррекционных программ

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Мамаджанова Ш.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. По данным современной литературы заболевания желчевыводящих путей (ЗЖВП) (холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь) занимают одно из ведущих мест среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Они встречаются у лиц любого возраста и пола, но особенно часто у женщин – в 4-7 раз чаще, чем у мужчин, что объясняется влиянием женских половых гормонов на билиарную систему. Нередко заболевания желчного пузыря и желчных протоков впервые манифестируют у женщин во время беременности, которая считается одним из факторов риска развития камней в желчном пузыре. Заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3% беременных, хронический холецистит обостряется во время беременности у 30–35% женщин. У беременных по частоте показаний к хирургическому вмешательству острый холецистит занимает второе место после острого аппендицита. (Холецистэктомия требуется примерно одной беременной из тысячи).

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности у женщин с ЗЖВП.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 30 беременных женщин, имевших ЗЖВП, находившихся на стационарном лечении в Перинатальном центре г Андижана в 2018 – 2020 гг.

Результаты исследования. По данным нашего исследования манифестация ЗЖВП чаще происходит в I и II триместрах беременности, 1-13 нед – 66,6 % (20) случаев, 14-27 нед – 26,7% (8) случаев, 28-40 нед – 6,7 % (2) случаев, что

связано с повышением чувствительности рецепторов к прогестерону в стенке пузыря и снижением его сократительной активности (гипомоторная дискинезия) наряду с высокой литогенностью желчи, индуцированной эндогенными эстрогенами. Помимо этого, у беременных женщин может изменяться липидный спектр сыворотки крови, поскольку при беременности происходит частичное "переключение" основных энергетических процессов с углеводных источников на липидные. Таким образом, во время беременности у женщин проявляется сразу несколько механизмов, способствующих образованию камней в желчном пузыре.

Средний возраст беременных с ЖВВП составил $31,32 \pm 0,76$ (19-37 лет). В 60% (18) случаев возраст женщин варьировал от 30 до 37 лет, 40% (12) случаев – от 19 до 29 лет. В 16,7%(5) случаев сельские жительницы, городские – в 83,3%(25) случаев. Доля работающих пациенток 80% (24) случаев, неработающих 20% (6). Все беременные исследуемой группы состояли на диспансерном учете в женской консультации до 12 недель беременности. Первородящие составили 46,7% (14) случаев, повторнородящие составили 53,3%(16) случаев. Первые роды предстояли в 53,3% (16) случаев и повторные роды предстояли в 46,7% (14).

Острый калькулезный холецистит возникал у беременных на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта в 46,7% (14) случаев: желчекаменная болезнь в 40% (12) случаев и в 6,7% (2) – язвенная болезнь желудка. Вирусный гепатит В в анамнезе отмечен в 6,7% (2) случаев и в 3,3% (1) случаев отмечен гепатит С. У 13,3% (4) беременных отмечена аппендиэктомия в анамнезе. Избыточная масса тела отмечалась у беременных в 60% (18) случаев.

Все беременные получали консервативную терапию, в 60% (18) случаев отмечено улучшение общего состояния на 1 – 2 сутки. Лапароскопическая и лапаротомическая холецистэктомия выполнена в 16,7% (5) случаев в виду неэффективности консервативной терапии. С прогрессирующей беременностью выписаны из стационара беременные в 83,3% (25) случаев, в 6,7% (2) случаев после оперативного лечения беременность прервалась - самопроизвольный аборт в малом сроке беременности, в 3,3% (1) случаев беременная переведена в родильное отделение с угрозой преждевременных родов и в 6,7% (2) случаев – перевод в родильное отделение с началом родовой деятельности.

Выводы. Беременность способствует проявлению скрыто протекающей желчнокаменной болезни. Факторами риска обострения ЖВВП являются I, II триместр беременности, возраст женщины старше 30 лет, избыточная масса тела, заболевания пищеварительной системы в анамнезе, работающие женщины, что возможно связано с психоэмоциональным перенапряжением, ненормированным рабочим днем, недосыпанием, нарушениями режима питания и т.п.

Течение беременности у пациенток с различными формами ЖВВП часто сопровождается угрозой прерывания беременности в 3,3 % случаев, токсикозом 1-ой половины беременности в 20% случаев, осложняется преждевременными родами 6,6% , начавшимся самопроизвольным абортom на раннем сроке в 6,6% случаев.

По данным современной литературы профилактика снижает осложнения беременности и заключается в обследовании всех женщин детородного возраста, особенно планирующих беременность, и при наличии желчнокаменной болезни проводить плановое оперативное лечение этого заболевания до беременности

Эти мероприятия позволят избежать острой неотложной ситуации на поздних сроках беременности, что крайне нежелательно как для матери, так и для плода.

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В СТРУКТУРЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК

Мамаджанова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП), в основе которого лежат обратимые функциональные расстройства гипоталамуса как центральной структуры, регулирующей все звенья гомеостаза, характеризуется полиморфизмом клинических проявлений в виде метаболических нарушений, нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств, нарушения функции эндокринных желез. Распространенность ГСПП в подростковой популяции среди девочек достигает показателя 131,1 на 1000. Неблагоприятный прогноз при прогрессировании ГСПП обусловлен риском перехода в манифестацию метаболического синдрома, формированием разнонаправленных нарушений репродуктивной функции.

Цель исследования. Изучить особенности менструальной функции у девочек-подростков с гипоталамической дисфункцией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 300 пациенток 14-17 лет (средний возраст $15,1 \pm 1,4$ лет) с ГСПП, проходивших первичное обследование в ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница». В I группу (n=100) включены девочки с гипоменструальным синдромом, во II группу (n=100) – пациентки с аномальным маточным кровотечением, в III группу (n=100) – девочки с регулярным менструальным циклом.

Результаты исследования. Дебют пубертата в возрасте от 10 до 13 лет отмечен у большинства пациенток (72,0%; 57,0%; 83,0%), в остальных случаях - в возрасте до 10 лет (28,0%; 43,0%; 17,0%). Девочки с инвертированным вариантом пубертата чаще встречались в I группе (21,0%; 18,0%; 12,0%). Возраст менархе у большинства пришелся на период от 12 до 15 лет (78,0%; 86,0%; 89,0%). Менархе в возрасте до 12 лет встречалось чаще, чем в возрасте старше 15 лет (21,0% и 1,0%; 11,0% и 3,0%; 9,0% и 2,0%). Ожирение 3 степени в I группе встречалось чаще, чем во II и III группах (69,0%; 14,0%; 4,0%). У всех пациенток выявлена вегетативная дисфункция. Девочки с исходным гиперсимпатикотонией в I группе встречались реже, чем во II и III группах (37,0%; 82,0%; 11,0%). В ответ на влияние физиологического стрессора наиболее часто были отмечены гиперсимпатикотонические паттерны (82,0%; 73,0%; 56,0%).

Вывод. Таким образом, разнонаправленные нарушения функции репродуктивной системы среди пациенток с ГСПП взаимосвязаны со степенью нарушения жирового обмена и характером вегетативной дисфункции. Междисциплинарный персонализированный подход к лечебно-реабилитационным мероприятиям у юных пациенток с ГСПП позволит сохранить их репродуктивный потенциал.

ОСТРЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Мамаджанова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Одним из актуальных направлений современного здравоохранения является охрана здоровья женщины и ребенка. Однако, по литературным данным, в последние годы отмечается увеличение экстрагенитальных заболеваний при беременности. При этом гестационный пиелонефрит (ГП) занимает 2 место в структуре соматической патологии у беременных. ГП – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, преимущественно поражающий интерстициальную ткань и канальцы почек. Многочисленные источники свидетельствуют о росте заболеваемости ГП как в России, так и во всем мире. В работе Козак Ю.В. и соавторов (2012г) показано увеличение заболеваемости ГП в 3,6 раз, что составляет 33,8%. Известно, что развитие этого заболевания у каждой третьей беременной осложняется гнойно-воспалительными процессами в почках. У 40% возникают нарушения функции мочевыделительной системы, и в 10% развивается бактериально-токсический шок. Летальность среди беременных варьирует от 4 до 10%, а показатель перинатальной смертности достигает 7,5%, что позволяет считать ГП одной из самых главных медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии.

Цель исследования. Выделить факторы риска острого гестационного пиелонефрита и оценить его влияние на течение и исход беременности.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, находившихся на лечении в урологических клинике АГМИ с диагнозом острый гестационный пиелонефрит за 2019г. (n=61).

Результаты исследования. Анализ историй болезни показал, что возраст беременных варьировал от 18 до 44 лет в обеих группах. В основной группе распределение пациенток по возрасту произошло следующим образом: в возрасте 26-30 лет – 18 (29,5%) беременных, 21-25 лет - 17 (27,8%), 31-35 лет - 12 (19,6%), 36 и более лет - 11 (18%). В контрольной группе подавляющее число беременных находилось в возрастном промежутке 26-30 лет - (n=5; 33,3%). Среди беременных, перенесших ГП, 45 женщин (73,8%) были первородящими, из них только 18 (29,5%) оказались первобеременными. В контрольной группе удельный вес первородящих составил 53,3% (n=8), а первобеременных – 37,7%.

Подавляющее число пациенток основной группы (72,1%) имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Из гинекологических заболеваний хронические воспалительные процессы матки и придатков зарегистрированы у 42 (68,9%) беременных с ГП, миома матки - у 11 (18%), эндометриоз - у 2 (3,3%). Артифициальные аборт и самопроизвольные выкидыши прослежены в анамнезе у 10 (16,4%) и 8 (13,1%) пациенток основной группы, соответственно. Неразвивающаяся беременность в прошлом установлена у 8 (13,1%) беременных с ГП.

В контрольной группе отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имело крайне низкое количество беременных. Хронические воспалительные процессы матки и придатков прослежены лишь у 2 (13,3%) беременных, а предшествующий аборт зафиксирован только у 1 женщины (6,7%). Обращает так же на себя внимание снижение индекса соматического здоровья женщин основной группы. Из экстрагенитальной патологии в этой группе преобладают: хронический гастрит – (n=37; 60,6%), хроническая артериальная гипертензия - (n=26; 42,6%), хронический тонзиллит - (n=21; 34,4%), диффузное увеличение щитовидной железы - (n=15; 24,5%), хронический фарингит - (n=12; 19,6%), сахарный диабет - (n=9; 14,7%) хронический тонзиллит - (n=21; 34,4%), хронический гайморит - (n=2; 3,2%).

В контрольной группе хронический гастрит выявлен у 3 женщин (20%), диффузное увеличение щитовидной железы - у 2 (13,3%), хронический фарингит - у 2 (13,3%) беременных, хронический тонзиллит - лишь у 1 (6,7%). Результаты нашего исследования показали, что чаще всего ГП развивается во втором триместре беременности (n=35; 57,4%). Тогда как в первом триместре ГП был диагностирован у 3 беременных (4,9%), а в третьем триместре – у 23 (37,7%). Из клинических симптомов ГП преобладали гипертермия (n=31; 50,8%) и болевой синдром (n=47; 77,04%). И лишь у 4 больных (6,5%) диагноз ГП был выставлен только на основании результатов лабораторно-инструментального обследования. Во всех случаях беременным с ГП назначалась спазмолитическая, антибактериальная и инфузионная терапия. Антибактериальная терапия одним препаратом проводилась у 44 женщин (72,1%), комбинированную антибактериальную терапию получали 17 больных (27,9%).

В качестве антибактериальных препаратов были использованы антибиотики группы цефалоспоринов (n=27; 61,4%) и пенициллинов (n=13; 29,5%). Макролиды назначались в единичных наблюдениях (n=4; 9,1%). С целью восстановления оттока мочи - стент-дренаж был установлен у 8 (13,1%) пациенток. Продолжительность нахождения в стационаре составила от 4 до 10 суток.

Вывод. Результаты проведенного анализа показали, что к факторам риска ГП следует отнести: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (72,1%), наличие экстрагенитальной патологии с очагами хронических воспалительных процессов, второй триместр беременности (57,4%). Возникновение ГП увеличивает риск возникновения фетоплацентарной недостаточности до 47,5%, гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии до 51,5%. Кроме того, возникновение данной патологии повышает вероятность преждевременных родов до 14,8%, а использование оперативных пособий до 32,8%.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мамаджанова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет 1 типа (СД1) занимает ведущее место в структуре эндокринопатий детского и подросткового возраста. Неблагоприятный репродуктивный прогноз у пациенток с СД1 связан с разнонаправленными

патогенетическими механизмами нарушения стероидогенеза. С другой стороны, на фоне пубертатного периода, сопровождающегося повышением потребности в инсулине, ухудшается метаболический контроль над углеводным обменом.

Цель исследования. Изучить особенности течения пубертатного периода у девочек, страдающих СД1.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 100 пациенток 14-17 лет (средний возраст $15,6 \pm 1,3$ лет) с СД1, проходивших стационарное лечение в ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница». Распределение по группам зависило от дебюта СД1 по отношению к периоду полового созревания: до начала периода полового созревания (1-я группа, $n=35$); в периоде полового созревания до менархе (2-я группа, $n=40$); после наступления менархе (3-я группа, $n=25$).

Результаты исследования. Дебют пубертата в возрастном интервале от 10 до 13 лет чаще встречался среди пациенток 2-й и 3-й групп (72,5%; 76,0%), чем у девочек 1-й группы (45,7%). Дебют пубертата в возрасте 13 лет и старше отмечен чаще у пациенток 1-й группы (54,3%), чем у девочек 2-й и 3-й групп (27,5%; 24,0%). Пациенток с манифестацией пубертата в возрасте до 10 лет в исследуемых группах не выявлено. Во всех группах преобладали девочки с правильной последовательностью развития вторичных половых признаков (82,9%; 80,0%; 72,0%) и реже встречались случаи инвертированного варианта дебюта пубертата (17,1%; 20,0%; 28,0%). Возраст менархе у большинства пациенток пришелся на период от 12 до 15 лет (77,1%; 85,0%; 84,0%).

Средний возраст менархе составил $14,5 \pm 0,3$ года, $12,5 \pm 0,4$ года и $12,2 \pm 0,3$ года соответственно группам. Менархе в возрасте старше 15 лет отмечено у 22,9% пациенток 1-й группы и реже среди пациенток 2-й и 3-й групп (15,0%; 16,0%). Девочек, у которых менархе наступило в возрасте младше 12 лет не выявлено. Не установившийся регулярный менструальный цикл спустя 2 года после менархе имели 78,0% пациенток. Среди них в 71,8% случаев отмечен гипоменструальный синдром (82,1%; 35,7%; 21,4% соответственно группам), в 28,2% случаев – аномальное маточное кровотечение у девочек 2-й и 3-й групп (54,5% и 45,5%). Таким образом, результаты исследования показали, что в особенностях течения периода полового созревания у девочек с СД1 определенную роль играет возраст дебюта заболевания.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЛИТЕЛЬНЫМ БЕЗВОДНЫМ ПЕРИОДОМ ПРИ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 22-37 НЕДЕЛИ

Мамаджанова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) при недоношенной беременности является одной из частых причин преждевременных родов и обуславливает каждый пятый случай перинатальных потерь.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность консервативно-выжидательной тактики ведения беременности и родоразрешения у женщин с ПРПО в сроки гестации 22-37 недель.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 148 историй родов пациенток, находившихся в Перинатальном центре города Андижан за 2018-2020гг., беременность которых осложнилась родовым излитием околоплодных вод в сроки гестации 22- 37 недель. Проводилось наблюдение за течением беременности, подготовкой к родам и родоразрешением.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых пациенток с ПРПО число первобеременных составило 58%, повторнобеременных – 42%. Многоплодная беременность при данной патологии отмечалась у 3% пациенток. Всего родилось 153 новорожденных, из них с массой тела 500-999 г – 3%, 1000-1499 г – 12%, 1500-2499 г – 44%, больше 2500 г – 41%. У недоношенных детей, рожденных через естественные родовые пути, оценка по шкале АПГАР составляла у 5% – 3-5 баллов, у 54% – 5-7 баллов, у 41% – 7-8 баллов. Новорожденные, извлеченные путем операции кесарева сечения, – 22% – 3-5 баллов, 55% – 5-7 баллов, 23% – 7-8 баллов.

Вывод. Результаты проведенного исследования показали целесообразность при ПРПО проведения консервативно-выжидательной тактики ведения беременности. Данная тактика допустима при длительности безводного промежутка до 12 часов, отсутствии признаков инфекционных осложнений, удовлетворительном состоянии внутриутробного плода. В интересах матери и плода при отсутствии положительного эффекта и сохранении незрелой шейки матки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения. Консервативно-выжидательная тактика способствует ускоренному созреванию легких плода, уменьшает частоту тяжелых форм РДС и, как следствие, снижает затраты на выхаживание данных детей.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ВИЧ ПОЗИТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Мамадиева М.С., Гиясова Х.Б., Абдукаххарова С.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) в настоящее время представляет собой большую проблему для здоровья человечества. В патогенезе заболевания наблюдается угнетение иммунной системы, ВИЧ инфицирует и разрушает лимфоциты CD4 – особую разновидность белых клеток крови (лейкоцитов), которые защищают организм от инфекций. Со временем увеличивается вирусная нагрузка, и организм теряет способность противостоять инфекциям, сопровождающимся восприимчивостью к некоторым опухолям и оппортунистическим инфекциям (генитальный герпес).

Вирус герпеса обуславливает патологию беременности и родов, нередко приводя к самопроизвольным абортam и гибели плода, или вызывает генерализованную инфекцию у новорожденных. Риск неонатального инфицирования новорожденных составляет 75%. Кроме того, при герпетической инфекции развиваются заболевания органов малого таза,

маточных труб у женщин, что приводит к бесплодию. При этом обратимость данных процессов зависит от стадии, на которой было выявлено заболевание.

Генитальный герпес у беременных и обострение хронического герпеса является наиболее опасным для плода. Поражение плаценты и плода герпетической инфекцией могут возникать во время беременности, родах и приводить к формированию врожденных пороков развития, гибели плода, выкидышу или преждевременным родам.

Цель исследования. Изучение эффективности лечения генитального герпеса во время беременности у ВИЧ - позитивных женщин.

Материалы и методы исследования. Обследовано 35 женщин, 15 из них составили основную группу с диагнозом «Генитальный герпес ВИЧ инфицированных беременных женщин». Улкарил (ацикловир) - противовирусное средство, обладает способностью ингибировать *in vitro* вирусы герпеса человека Herpes simplex типа I и II, а также Varicella zoster. Ацикловир трифосфат действует, как специфический ингибитор субстратов для вируса герпес – ДНК полимеразы, блокируя синтез ДНК, не влияя на нормальный клеточный процесс. Крем Улкарил 5% наносили на всю область поражения шесть раз в день приблизительно с интервалом в три часа. Лечение продолжалось в течение 7 дней.

Результаты. В результате проведенного лечения в основной группе у 88% женщин наблюдалось уменьшение частоты активации вирусной инфекции у беременных к моменту родов, снижение числа клинически выраженных рецидивов в течение первых 10 дней после операций кесарева сечения в связи с наличием герпеса.

В течение лечения не наблюдалось никаких побочных проявлений после применения препарата ни у беременных, ни у матерей, ни у новорожденных.

Вывод. Таким образом, вопросы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, особенно ВИЧ, стали приоритетными в развитых странах, в которых все более широкое распространение получают массовые скрининги. С экономической точки зрения даже дорогостоящая скрининговая программа вполне оправдывает затраченные на нее средства. Реальная угроза здоровью будущих поколений – это инфекции, передаваемые половым путем. Применение препарата Улкарил уменьшает число рецидивов генитального герпеса у ВИЧ - инфицированных беременных женщин.

ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕННОГО СТАТУСА

Мамадиева М.С., Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современного лечения.

Материалы и методы исследования. С 2009 по 2013 годы в АОПЦ было родоразрешено 24961 беременных. За этот период диагноз «тяжелая преэклампсия» был поставлен 244 женщинам, что составляет 0,98% от всех родоразрешенных в стационаре. Все пациентки были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования. Очевидно, что большинство обследуемых – это женщины от 19 до 34 лет (80%), пациентки позднего репродуктивного периода (35 лет и старше) составили 16% (39 человек).

Все беременные проживали в удовлетворительных социально-бытовых условиях. Большая часть пациенток имела среднее (94 человека; 38,52%) и среднее специальное образование (67 человек; 27,46%) и являлись жителями сельской местности (140 человек; 57,36%).

В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных с тяжелой ПЭ основную долю составили заболевания сердечно-сосудистой системы (51,08%), среди которых преобладала гипертоническая болезнь. Обращает на себя внимание большое количество пациенток с ожирением (87 человек;

46,77%), вплоть до его морбидных форм. Генез ожирения уточнить не всегда представлялось возможным и в группу эндокринопатий данные пациентки изолированно по этому признаку отнесены не были. На III месте среди заболеваний, сопутствующих ПЭ, стоит патология почек (32,26%), преимущественно хронический пиелонефрит (52 наблюдения). Кроме того, имелись беременные с заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом (I типа и гестационным), а также 16 человек (8,6%) с хроническим холециститом.

У большинства обследуемых менструальный цикл был регулярный нормопонирующий, нарушение цикла по типу опсоменореи имело место в 3 (1,48%) случаях, дисменорея наблюдалась в 5 (2,46%) наблюдениях.

Анализируя гинекологический анамнез, следует отметить, что 124 (61,08%) пациенток с тяжелой ПЭ имели в анамнезе гинекологические заболевания, у 24 (11,82%) из них анамнез был отягощен бесплодием (длительностью от 2 до 17 лет).

Выводы. У большей части беременных с тяжелой ПЭ 1.(58,2%) наблюдается классическая симптоматика ПЭ с наличием триады Цангемейстера. Тяжелая ПЭ значимо влияет на срок и метод родоразрешения (абдоминально родоразрешены 70,5%, досрочное родоразрешение имело место в 61,07% наблюдений). Характерна низкая масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ (2240,92 гр., SD 836,66), большая часть (65,7%) оценивается по Апгар в 5-7 баллов, выхаживание детей требует длительного пребывания в стационаре с переводом на второй этап выхаживания (67,35%) и использования современных реанимационных мероприятий (ИВЛ, препараты сурфактанта).

У беременных с тяжелой ПЭ в сыворотке крови концентрация 2.

антиангиогенного фактора значимо выше по сравнению со sFlt-1 беременными без гипертензивных расстройств ($4362 \pm 570,12$ и 1080 ± 435 пкг/мл соответственно; $p < 0,05$), значение соотношения sFlt-1/VEGF почти в 6 раз значимо выше у пациенток с тяжелой ПЭ (503 ± 67 и $86,22 \pm 11,81$ соответственно; $p < 0,01$).

При тяжелой ПЭ сывороточный уровень молекул адгезии как 3.

показателей эндотелиальной дисфункции выше, между ними определяется высокая положительная связь ($r = 0,74$; $p < 0,0001$), значимая разница имеет место при рассмотрении sVCAM-1 ($1391 \pm 308,33$ и $966,2 \pm 165,22$ нг/мл соответственно; $p < 0,05$).

ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Мамадиева М.С., Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить факторы риска и исходы беременности у женщин с синдромом задержки роста плода.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 66 женщин, у которых во время беременности диагностирована задержка роста плода.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что первородящие составили 62,1% случаев, из них 22,7% женщин были повторнобеременные. Из вредных привычек в 6% случаев отмечено табакокурение. Из перенесенных гинекологических заболеваний в анамнезе у пациенток с ЗРП в 13,7% случаев выявлены воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции передаваемые половым путем (ИППП) в 19,7% случаев, кандидозный вульвовагинит в 19,7%, эктопия шейки матки имела место у 21,2%, в 3% случаев отмечено бесплодие и у 1,5% наблюдаемых женщин встретился синдром поликистозных яичников. Среди соматической патологии в 16,7% случаев выявлена хроническая герпетическая инфекция, вегето-сосудистая дистония отмечена у 12,2% женщин. В течении первой половины беременности угроза прерывания была выявлена у 63% пациенток с ЗРП, инфекции передаваемые половым путем были диагностированы в 33% случаев, в 13% случаев встретился кандидозный вагинит. Во второй половине беременности в 22% случаев были угрожающие преждевременные роды, в 32% случаев во время беременности пациентки перенесли ОРВИ, в 19% случаев беременность осложнилась преэклампсией, в 7% случаев многоводие.

Диагностирована ЗРП у 11,8% беременных с 20 до 31 недели гестации, из них в 7,6% случаев во время 2-го УЗИ скрининга, у 46,5% человек в сроке после 32 недель гестации, в 21,2% случаев во время 3-го УЗИ скрининга. У 31,8% беременных ЗРП была диагностирована после рождения.

Симметричная форма ЗРП была выявлена у 52,2% беременных, у остальных ассиметричная форма. ЗРП 1-й степени имела место у 82,5% женщин, 2-й степени – у 12,5% и в 5% случаев 3-й степени. Все беременные получали этиотропную терапию.

Срочные роды произошли у 77,2% женщин, преждевременные роды составили 19,8% случаев, в 1 случае роды были запоздалые. Операцией кесарева сечения завершили роды у 18,1% женщин, в одном случае была выполнена вакуум-экстракция плода. В 3% случаев беременность была двойней.

Все дети родились живыми, без асфиксии. В 42,4% случаев без признаков ЗРП.

Заключение. По результатам нашего исследования половина беременных с синдромом ЗРП была в возрасте от 26 до 35 лет. В 62,1% случаев ЗРП встретилась у первородящих. Высока частота в анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний воспалительного генеза. Основными этиологическими факторами во время беременности были угроза прерывания беременности (угроза выкидыша в 63% случаев, угрожающие преждевременные роды в 22% случаев), инфекционные заболевания (ИППП в 33% случаев и ОРВИ – в 32%) и преэклампсия в 19% случаев.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности позволили избежать неблагоприятных исходов и перинатальных потерь у беременных с синдромом задержки роста плода.

ФАКТОРЫ РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ДИЕТОТЕРАПИИ

Мамадиева М.С., Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Выявить факторы риска диабетической фетопатии у женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) на диетотерапии.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 120 историй родов на базе АГМИ за 2017–2018 гг., критериями выбора явилось наличие у женщины ГСД, компенсированного на диете и родоразрешение в доношенном сроке. Исследуемые были разделены на 3 группы. 1-я группа (n=40) – женщины с ГСД, новорожденные которых имели диабетическую фетопатию (ДФ), 2-я группа (n=40) – женщины с ГСД, дети которых не имели ДФ, 3-я группа (n=40) – женщины без нарушений углеводного обмена во время беременности.

Результаты исследования. Возраст женщин, включенных в исследование составил от 16 до 42 лет; средний возраст в 1-й группе женщин составил $29,7 \pm 4,0$ лет, во 2-й группе – $32,3 \pm 4,4$ лет, в 3-й – $25,4 \pm 5,9$ лет ($p > 0,05$). При анализе паритета выявлено, что только у 18,3% (22/120) женщин данная беременность была первая, а у большинства пациенток (81,7%) в анамнезе было от 1 до 7 беременностей. У 73,3% (88/120) женщин в анамнезе имели место аборт, у 41,6% (50/120) – самопроизвольный выкидыш на малом сроке гестации. Средний срок постановки на учет в женскую консультацию во всех группах составил $9,3 \pm 2,4$ недели.

Отягощенная наследственность по сахарному диабету, варикозной болезни, инсультам и инфарктам встречалась с одинаковой частотой во всех группах – 53,3% (64/120). При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний во всех группах превалировало алиментарноконституциональное ожирение – 55% (22/40), 65 % (26/40) и 40% (16/40) соответственно ($p > 0,05$).

В 1-й группе основной процент родоразрешений пришелся на срок 37-38 недель, в том время как во 2-й и 3-й группах было отмечено увеличение срока родоразрешения на 1-1,5 недели. При этом родоразрешение способом операции кесарево сечение в 1-й группе составило 85% случаев (34/40), во 2-й группе 55 % (22/40) и в 3-й – 40% (16/40). Средняя масса новорожденного в 1-й группе составила 3874 ± 387 г, во 2-й группе – 3425 ± 356 г, в 3-й группе – $3238 \pm 186,5$ г ($p > 0,05$). Уровень гликемии менее 2,2 ммоль/л был выявлен у 45% (18/40) новорожденных 1-ой группы.

При корреляционном анализе была выявлена отрицательная статистически значимая ассоциация между уровнем гликемии новорожденного и весом женщины до беременности ($r=-0,44$, $p<0,05$). Максимальный уровень гликемии натощак у женщины при выявлении ГСД и количество ультразвуковых признаков ДФ имели положительную ассоциацию ($r=0,52$, $p<0,05$).

Вывод. Факторами риска ДФ при ГСД на диетотерапии можно считать избыток массы тела у матери до беременности и максимальный уровень гликемии натощак у беременной при выявлении ГСД.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мамадиева М.С., Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение: Средний возраст беременных составил $25,1 \pm 3,72$ года. Хронический вирусный гепатит В был диагностирован у 25 обследованных (33,3%), 49 женщин с хроническим вирусным гепатитом С (65,3%) и 1 женщины с вирусными гепатитами В и С (1,3%).

Данные оценки социального статуса выявили неблагополучие в исследуемой группе: безработные, исключая домохозяек, - 10 (13,3%); не замужем, исключая гражданский брак, - 8 (10,7%); большинство пациенток имели вредные привычки: табакокурение в 29 случаях (38,7%), алкогольная зависимость наблюдалась у 4 пациенток (5,3%), наркомания выявлена у 10 (13,3%) пациенток.

При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве были часто болеющими и перенесли по несколько детских инфекций. Наиболее частыми, у взятых нами на учет беременных были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) - 15,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) - 13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А. При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих перво-беременных было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%. Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Выводы. 1. Тестирование на маркеры вирусного гепатита В и С трижды (в каждом триместре беременности) является рутинным методом обследования, позволяющим выявить бессимптомное носительство вируса гепатита, но не исключающим возможности дальнейшего инфицирования.

2. Вирусные гепатиты В и С оказывают отрицательное влияние на течение беременности как первой, так и второй половины, вызывая угрозу прерывания беременности (13,3%), плацентарную недостаточность (25,3%), умеренную и тяжелую преэклампсию (33,3%). У каждой 3-й беременной (32%) наблюдаются изменения биохимических показателей крови (общего билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) в сторону увеличения.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мамадиева М.С., Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение. Особенности течения настоящей беременности свидетельствовали, что каждая вторая беременная не состояла на учете по беременности в женской консультации (33, или 44%). У пациенток исследуемой группы в большинстве случаев беременность протекала на фоне различных осложнений. Наиболее часто в ранние сроки встречались: угроза прерывания беременности - 17,2% случаев, ранний токсикоз - 21 беременная (28%), анемия беременных - 6 (8%) случаев. Неосложненное течение первой половины беременности наблюдалось у 32 женщин (42,7%). Фазы обострения вирусного гепатита в первой половине беременности не наблюдалось ни у одной пациентки.

Вторая половина беременности протекала на фоне угрозы прерывания беременности у 10 (13,3%) пациенток, анемия наблюдалась в 38,7% (29 женщин) случаев, умеренная преэклампсия выявлена у 25 беременных (33,3%). Нарушения со стороны мать-плацента-плод (гемодинамические нарушения, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП)) диагностированы у 19 беременных (25,3%), многоводие - у 6 (8%) пациенток, маловодие - у 5 (6,7%). Диагноз «холестаз» был выставлен 2 женщинам - 2,7%, обострение ВГС с ухудшением общего состояния наблюдалось у 1 беременной - 1,3%. У 16 (21,3%) женщин течение второй половины беременности протекало без осложнений.

Выводы. Основываясь на наших данных и данных литературы, достоверно можно утверждать, что трансплацентарная передача ВГ В и антител ВГ С существует, так как, согласно полученным данным, у 6,7% новорожденных выявлен HBsAg, у 58,7% обнаружены антитела к ВГ С. В 36% случаев HBsAg и антитела к ВГ С не были обнаружены. Однако для решения вопроса о возможном инфицировании ребенка необходимо повторное лабораторное исследование крови на наличие вирусных антител и РНК/ДНК в 1-, 3-, 6-, 12-, 18- месяцев беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

*Мамажанов У.Ш., Абдурахманов Ф.С., Кодиров М.Ш., Зайнобиддинова С.Ш., Джуреева Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Современный подход к лечению болезни Гиршпрунга (БГ) у детей младшего возраста, ряд вопросов тактического и оперативно-технического плана остаются актуальными в связи с большим числом послеоперационных осложнений. Все это, при БГ у грудных детей заставляет искать новые методы и варианты доступа по улучшению результатов лечения, что является актуальной проблемой в неонатальной и детской колоректальной хирургии.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения при БГ у грудных детей путем применения операции трансанального доступа.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и хирургическое лечение 30 больных детей при левосторонних формах БГ в возрасте от 4 мес. до 1 года по методу с трансанальным доступом на клинической базе Областного многопрофильного детского центра в отделении неонатальной хирургии.

Показанием к операциям явились: а) ректальная форма БГ с поражением ампулярной, надампулярной частей прямой кишки (короткий сегмент); б) ректосигмоидальная форма – с поражением прямой и дистальной трети сигмовидной кишки (длинный сегмент - до 20 см); г) отсутствие острого воспаления в слизистой стенке сигмовидной и прямой кишки. Операцию проводили без наложения колостом. Сущность трансанальных операций Делаторре и Делаторре - Мандрагона заключается в том, что при этом отсутствует брюшной этап операции и демокозация проводится ретроградно трансанальным доступом без повреждения сфинктеров. Резецируется достаточно мобилизованный дистальный отдел толстой кишки до 30 см и более и накладывается колоанальный анастомоз.

Результаты. По нашим клиническим наблюдениям интраоперационных и послеоперационных осложнений, связанных с техникой операций, не было. Больные в удовлетворительном состоянии выписаны домой с самостоятельным стулом на 6-7-е сутки после операции. Больные при ежемесячном контрольном осмотре жалобы не предъявляли. У этих больных клинические признаки запора отсутствовали. В послеоперационном периоде отмечалось учащение стула 2-3 раза в сутки в течение 2 месяцев. После проведения курса электростимуляции, эти симптомы постепенно исчезли.

Противопоказаниями к операции явились: а) высокой субтотальной (до печеночного изгиба) и тотальной формы БГ; б) наличие острых эрозивных воспалений и множественных глубоких язв слизистой стенки в ампуле прямой кишки. Преимуществом операции являлись: радикальность; шадящность; короткая продолжительность операции; высокая клиническая эффективность; отсутствие многоэтапности операций; исключаются осложнения со стороны брюшной полости и малого таза; отмечается гладкое послеоперационное течение и малые экономические затраты.

Выводы. Таким образом, при хирургическом лечении левосторонних форм БГ у детей грудного возраста операции трансанальным доступом являются методом выбора по своей радикальности и малотравматичности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА РЕГУЛОН ПОСЛЕ АБОРТА

*Мамажонова М., Мамажонова С.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Известно, что неблагоприятные последствия абортот связаны с воспалительными осложнениями гениталий и гормональными нарушениями вследствие резкого прерывания адаптивных изменений, происходящих во время беременности.

После аборта часто развиваются хронический сальпингоофорит, бесплодие, нарушения менструальной функции, а также эндометриоз, гиперэластические изменения в эндометрии.

После аборта дополнительные отрицательные факторы оказываются особенно патогенными, так как происходит повышенная выработка кортикоидных гормонов, эстрогенов, ФСГ, АКТГ, продолжающаяся в течение полугода и более.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности препарата Регулон («Гедеон Рихтер», Венгрия) в послеабортной контрацепции.

Для решения поставленной задачи нами изучена эффективность регулона у 35 пациенток в возрасте 18-36 лет, которые после аборта в течение 3-6 месяцев принимали этот препарат.

Нами выявлен характер предъявляемых жалоб, особенности менструальной и репродуктивной функции, а также проводилось гинекологическое и клиническое обследование.

До применения низко дозированного орального контрацептивного препарата регулон у 5 (14,5%) женщин отмечались боли в молочных железах во II фазе менструального цикла.

У 6 (17,1%) женщин в анамнезе имели место обильные менструации, у 8 (22,8%) женщин-менструации были очень болезненные,

Регулон применяли 27 (60%) женщин в течение 6 месяцев в непрерывном режиме в одно и тоже время. Побочных явлений у них не отмечалось.

8 (22,8%) женщин в послеабортном периоде применяя регулон в течение 3 месяцев, отмечали незначительную тошноту после приема таблеток. Эти явления прошли уже при приеме третьей конвалюты, также постепенно исчезли

боли в молочных железах во II фазе менструального цикла. Дисменорея резко уменьшилась после приема 4х конвалютов, обильные менструации стали нормальными.

Из 35 у 2х (5,7%) наступила беременность, прием регулона не был гулярным и в не одно н тоже время. Клиническое обследование показателей свертывающей системы-количество тромбоцитов, время свертывания и ПТИ показало, что после приема регулона в течение 6 месяцев эти показатели были в пределах нормы (количество тромбоцитов-180000, ПТИ-78-92%, время свертывания-от 330 до 420).

Таким образом, низкодозированный оральные контрацептивный препарат в послеабортном периоде даже при длительном применении не вызывает каких-либо побочных явлений, а контрацептивный эффект довольно высок. Отмечен положительный эффект при применении его в случаях болезненности в молочных железах полименореи и дисменореи. Отрицательного влияния на показатели свертывающей системы не отмечено.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РЕЗУС КОНФЛИКТОМ

Мамажонова М., Мамажонова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

В структуре перинатальной заболеваемости и смертности значительный удельный вес занимает резус-конфликт между матерью и плодом.

Цель: изучение эффективности применения тактики досрочного родоразрешения у резус – иммунизированных беременных..

Материалы и методы исследования: нами был проведен ретроспективный анализ 40 историй родов беременных с резус-иммунизацией госпитализированных в отделение патологии беременных II-родильного комплекса города Андижана, и историй развития новорожденного с гемолитической болезнью.

В первую группу вошли 20 беременных с резус-конфликтом, получившие во время настоящей беременности от I до 4 курсов традиционной медикаментозной терапии и родивших в 39-40 нед. Вторую группу составили 20 беременных с резус-иммунизацией, которые в течение беременности получали от I до 4 курсов неспецифической десенсибилизирующей терапии с включением после 30-34 недель беременности дексаметозона по 6 мг каждые 6 часов 4 раза в день, 24 мг в сутки, в сочетании с ранним родоразрешением в 35-36 нед. Возраст женщин в обеих исследуемых группах колебался в пределах от 20 до 35 лет.

Из анамнеза особое значение придавалось возрасту, количеству родам и интервалам между ними, течению и исходу предыдущих беременностей и родов, состоянию детей при рождении, их дальнейшему развитию, времени выявления изоиммунизации и проведенному в связи этим лечению, перенесённые заболевания и др.

На основании УЗИ были проведены фето – плацентометрия. В зависимости от степени тяжести заболевания наблюдалось увеличение толщины плаценты (в норме она зависит от срока гестации, составляя в III-триместре в среднем 34-36 мм). Превышение нормальной для срока гестации толщины плаценты на 0,5-1,0 см и более указывает на возможное заболевание плода, в связи с чем требуется провести повторное УЗИ. Кроме того отмечалось увеличение размеров печени и селезёнки у плода.

Результаты собственных исследований. При сравнительном ретроспективном анализе анамнестических данных было выявлено следующие: средний возраст обследуемых составил в I группе-25,5±0,5 лет, II группе-26,7±0,5 лет. Изучение генеративного анамнеза выявило: у женщин I-группы первородящих-10%; повторнородящих-90%, из них многорожавших составляет-35%. Во II- группе первородящих-20%; повторнородящих-80%; из них многорожавшие составляет-45% случаях. Интергенетический интервал в среднем в обеих группах составлял от 2 до 5 лет. В обеих группах наблюдался отягощенный акушерский анамнез, из них в I-группе угроза раннего выкидыша-253%, выкидыши-12,2%, перинатальная смертность-13%, ГБН-16,3%. Во II-группе: угроза выкидыша-32%, выкидыши-14,2%, перинатальная смертность-18,8%, ГБН-21,6%, бесплодие (более 2 лет)-4,8%, кесарево сечение-5,1%. Среди экстрагенитальных заболеваний у 100% женщин преобладала железодефицитная анемия, в I-группе наблюдаемых нами женщин: средней степени-у 53,8%, тяжелой степени-36,5%, очень тяжелой степени-9,7%. Во второй группе соответственно средней тяжести-у 38,7%, тяж.ст- 42,3%. Очень тяжелой степени -19% случаев. Гестационный пиелонефрит: в I-гр 15,7%, во II-гр 17,7%. Эндокринопатия 7,4%, во II-гр-8,4% случаев. Данная беременность в I-группе осложнилось: угроза прерывания бер-14%. Преэклампсия легкой ст-23%. Тяж.ст-8%. Многоводием-у 6,5% женщин. Во II- группе осложнениями беременности явились: Угроза прерывания бер.-18,9%. Тяжелой ранний токсикоз-11,6%. Преэклампсия легкой ст-26,9%. Тяжелой ст-18,2%. Многоводие -11,25%.

При сопоставлении высоты титра резус антител первородящих и повторнородящих обнаружено, что более высокий (титр 1:16 и выше) значительно чаще наблюдался у повторнородящих-23 (57,5%), у первородящих женщин такой титр выявлен у 15 (37,5%).

Роды в I-группе женщин произошли в среднем в 39-40 недель беременности. Анализ осложнений родов дал такие результаты: преждевременное излитие ОПВ-12%. Слабость родовой деятельности-18%. Гипотоническое кровотечение-1,8%. Оценка состояния новорожденных выявила следующее: В асфиксии родились 41,2% новорожденных. ГБН легкой степени тяжести наблюдалось у 33,3%, средней степени тяжести у 45,8%, тяжести степени- у 20,8% новорожденных. СДР выявлен у 17,6% новорожденных. Легальность в днюной группе составил 7,8% случаев.

Во II-группе женщин учитывая ОАА, ЭГП, несмотря на традиционную медикаментозную терапию титр антител в динамике не изменялся, и нами было решено родоразрешить досрочно с предварительной профилактикой СДР-синдрома путём под назначения дексаметозона. Родовозбуждение и родостимуляцию проводили путём назначения простагландинов F2 и утеротоников.

Из 20-ти естественным путем досрочно родоразрешены 18 женщин. Двоим беременным по показаниям (частичное предлежание плаценты и тазовое пред лежание плода с двукратным обвитием пуповины) была проведена операция кесарево сечение. Из них с асфиксией лёгкой степени родились 28,3%, с средней степени тяжести 13,3% новорожденных. СДР выявлен у 8,2% случаях. ГБН легкой степени выявлен у 18,85%, средней степени у 12,35% новорожденных, тяжелой

степени не наблюдалось. Перинатальные потери не наблюдались, в послеродовом периоде новорожденным рожденным с ГБН легкой степени было назначено консервативная терапия с включением фенobarбитала была проведена фототерапия. Новорожденным с ГБН средней степени было проведено заменное переливание крови. Живыми из родильного комплекса выписались все 20 новорожденных.

Полученные результаты убедительно обосновывают необходимость использования тактику досрочного родоразрешения с применением дексаметозона в комплексном лечении беременных с резус- иммунизацией, как с целью снижения частоты тяжелых форм ГБН, так, и соответственно, для антенатальной профилактики СДР у новорожденных.

Таким образом для проведения профилактики ГБН предпочтительно родоразрешить в 35-36 недели, с целью своевременной диагностики ГБН необходимо применение УЗИ (плацентометрия и фетометрия), с целью профилактики СДР применить дексаметозон по схеме.

БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Мамажонова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Инфекции мочевыводящих путей являются наиболее частым гестационным осложнением. Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных пиелонефрит занимает второе место. Гестационный пиелонефрит осложняет течение беременности у 1 - 17% женщин, и на его фоне нередко развиваются серьезные акушерские осложнения, частота таких осложнений не имеет тенденции к снижению.

Целью нашего исследования является выявление корреляционной связи между бессимптомной бактериурией и инфекциями мочевыводящих путей, частотой осложнений перинатального периода.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 46 историй родов, проведено комплексное обследование клиническое, бактериологическое и ультразвуковое. Средний возраст беременных составил 22±1 года. Первородящих было 50,7%, повторнородящих 49,3 из них многорожавших 5% , интергенетический интервал составил 1,5-2 года в 20% случаев.

Результаты наших исследований показали следующее: при ретроспективном анализе 46 историй родов установили, что группу риска на развитие пиелонефрита, составляют беременные и роженицы, у которых при бактериологическом исследовании мочи была обнаружена бактериурия. У первородящих и много рожавших пиелонефрит возникает гораздо чаще. Наиболее часто пиелонефрит развивался во втором триместре беременности (61%). Из анамнеза у 18% беременных в детстве отмечались явления цистита и воспалительные изменения в анализе мочи, но лечение не проводилось. В 61,1% случаев выявлены: лейкоциты, на УЗИ обнаружена у 84,8% женщин нарушение уродинамики.

Осложнения беременности и родов развивались в 48% случаев: преэклампсия легкой, тяжелой степени 35%, выкидыши 8%, преждевременные роды 2%, синдром задержки развития плода 2%, кровотечения в третьем периоде 1%. Роды кесаревым сечением закончились в 4 случаях. Из 46 беременных реализация пиелонефрита произошла у 24 беременных.

Вывод: бессимптомная бактериурия достоверно увеличивает риск развития инфекций мочевыводящей системы и, как следствие, увеличивает частоту перинатальной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мамажонова С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Беременность создает благоприятные условия для формирования хронической венозной недостаточности, однако механизм ее развития окончательно не выяснен. Значительное влияние на формирование варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) оказывает поражение клапанного аппарата основных венозных коллекторов малого таза, приводящих к гипоксическим и трофическим изменениям в органах малого таза и формирующих клиническую картину заболевания.

Цель. Изучение флебогемодинамики малого таза и нижних конечностей при варикозной болезни у беременных и их влияния на перинатальные исходы.

Материал и методы. Среди 68 пациенток с варикозной болезнью (основная группа) 31 (45,2%) пациенток (1-я подгруппа) имели 0 степень ХВН, 27 (18,3%) беременных (2-я подгруппа) — I степень, и 10 (6,8%) пациенток (3-я подгруппа) — II степень ХВН, контрольная группа (без ВБ) составили 38 беременных.

Критериями включения пациенток в исследование явились: беременность II—III триместров, наличие ХВН, возраст от 18 до 37 лет, согласие на исследование.

Всем пациенткам проводили общеклинические исследования крови и мочи, пробы Нечипоренко, Зимницкого; определяли группу крови и резус-фактор; биохимические исследования, осуществляли анализ микрофлоры содержимого влагалища и отделяемого цервикального канала.

При дуплексном ангиосканировании венозной системы нижних конечностей и малого таза определяли диаметр просвета основных венозных стволов, наличие или отсутствие рефлюкса, проходимость вен, характер венозного тока крови.

Результаты. Проведен анализ структуры и частоты осложнений беременности у 68 пациенток основной группы с ВБ. Отмечено, что в I и II триместрах беременности частыми были явления угрозы прерывания и преждевременных родов, наиболее выраженные в 3-й подгруппе. Весьма значимой была доля пациенток с отеками, гипертензией, нарастающими при наиболее сложных формах ВБ (31,5% против 16% соответственно в 3-й и 1-й

подгруппах). У пациенток основной группы компенсированная форма плацентарной недостаточности (ПН) чаще диагностировалась после 32 нед, субкомпенсированная до 32 недель. Плацентарная недостаточность начинала проявляться наиболее часто у пациенток 3-й подгруппы по сравнению с данными у пациенток 1-й подгруппы.

Констатировано значительное число осложнений беременности, основными из которых были угроза прерывания беременности, гипертензия, патология мочевыводящей системы. Определены особенности и корреляции гемодинамических параметров, тип эктазии сосудистых сплетений, диаметр маточных и подвздошных вен, венозного сплетения широких связок, характер кровотока в венах при нормальном и осложненном варикозной болезнью течении беременности.

Заключение. Выраженность осложнений беременности и изменений флебогемодинамики у беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей и малого таза зависит от наличия и степени тяжести хронической венозной недостаточности.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН В ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

По данным ВОЗ, ежегодно от онкологической патологии в мире умирают более 7,5 млн. человек. Важной проблемой является высокий показатель инвалидизации данной категории пациенток. Социальная значимость проблемы определяется широкой распространенностью, прогрессирующим течением злокачественных новообразований, высоким процентом осложнений, тяжестью инвалидности, поражением женщин репродуктивного возраста, сложностью прогноза после лечения. Медико-социальная реабилитация онкологических больных состоит из следующих этапов: медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. В современной клинической онкологии понятие лечение и реабилитация неразрывны, что обеспечивает преемственность и последовательность этапов общего лечения.

По литературным данным в структуре онкологической заболеваемости женщин наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,2%). В последние годы отмечается рост онкогинекологической патологии, в том числе удельный вес женщин репродуктивного возраста. Для пациенток, особенно репродуктивного возраста после лечения важно сохранить прежний образ жизни, социальный статус, а также трудовую активность.

Анализ материалов отечественной и зарубежной литературы показал, что вопросы качества жизни у онкогинекологических больных после радикального лечения не являются достаточно изученными. До 96% онкологических больных нуждаются в консультации психолога и психокоррекции. Для профилактики отрицательных последствий преждевременного снижения уровня половых гормонов рекомендуется назначение заместительной гормонотерапии. Но этот вопрос остаётся дискуссионным и требует дальнейшего изучения. Имеются данные об использовании негормональных методов лечения, витаминотерапии и акупунктуры. Большому вниманию в реабилитационных мероприятиях необходимо отводить физическим упражнениям, правильному питанию, отказу от вредных привычек. Доказательств того, что физиотерапевтические процедуры и курортное лечение способствуют рецидиву заболевания, нет. Обязательным пунктом в реабилитации является регулярный диагностический скрининг, включающий лабораторные и инструментальные методы выявления возможного рецидива опухоли (УЗИ, МРТ, онкомаркеры).

Реабилитация онкологического больного – это процесс, начинающийся до лечения и продолжающийся всю жизнь. На сегодняшний день в нашей стране нет строгой системы реабилитации онкологических больных, в том числе и гинекологического профиля, отсутствуют структурные организации, позволяющие обеспечить последовательную поэтапную реабилитацию. Необходимо разработать алгоритмы ведения пациентов, составлять индивидуальные программы реабилитации для каждого больного.

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Ежегодно во всем мире регистрируется около 16 миллионов случаев злокачественных заболеваний. В частности, в Узбекистане выявлено более 100 000 пациентов больных раком. В связи с этим в республике был создан Центр профилактики рака с целью предотвращения онкологических заболеваний, проводятся скрининговые мероприятия. Несмотря на поэтапное развитие и совершенствование онкологической службы, в Узбекистане, как и во всем мире, отмечается рост онкологических болезней. Наибольшее количество в структуре онкологической заболеваемости женского населения составляют злокачественные новообразования половых органов (37,6%).

Одним из факторов, инициирующих канцерогенез, считается инфекционный процесс. Учитывая микробиоценоз женской половой системы, а также рост числа заболеваний, передающихся половым путем вирусной этиологии, наиболее пристального внимания требует изучение инфекционного фактора. Инфекционная составляющая канцерогенеза представлена на модели рака шейки матки, где доказана причастность вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии злокачественного процесса.

Цель исследования. Изучение роли вирусной инфекции в канцерогенезе женских половых органов в узбекской популяции и обоснование принципов этиопатогенетической профилактики.

Материалы и методы. Были исследованы 70 женщин с различными опухолями репродуктивных органов, а также 70 женщин контрольной группы. Средний возраст составил 36, 5 лет. Гистологические исследования проводились в

отделе патоморфологии РНСЦЭП. Молекулярно-генетическое исследование проводилось методом ПЦР. Материалом для исследования являлась ткань опухоли, а также мазки из генитального тракта.

Результаты. Критериями оценки результатов явились молекулярно-генетическое исследование ткани опухоли и анализ мазков генитального тракта. В основной группе исследования были получены следующие результаты: ВПЧ – в основной группе 30 случаев (42,8%), в контрольной – 15 (21,4%); цитомегаловирус – в основной группе – 62 (88,5%), в контрольной – 59 (84,2%); вирус простого герпеса – 63 (90%) и 57 (85,4%) соответственно; вирусы гепатитов В и С не были обнаружены ни в одной из исследуемых групп.

Выводы. Результаты проведенного исследования дают основание предположить, что в этиопатогенезе опухолевых процессов женских половых органов цитомегаловирусы, вирусы простого герпеса, а также вирусы гепатитов В и С роли не играют. Роль ВПЧ требует дальнейшего изучения на большем количестве женщин.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ У ДЕВОЧЕК

*Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Частота атрезий девственной плевы составляет 0,7-1,2%, а аномалий развития влагалища 1 случай на 300 новорожденных девочек. Наиболее частой причиной обращения в гинекологический стационар девочек и девушек являются варианты зарращения отверстия девственной плевы или наличие перегородок влагалища, приводящие к нарушению оттока менструальной крови. Основными симптомами при аномалиях матки и влагалища, связанных с нарушением оттока менструальной крови, могут быть: циклические боли в дни менструаций, образование гематокюльпоса, гематометры, гематосальпинкса (в зависимости от формы и вида порока), клиника острого живота.

Цель исследования – оптимизировать результаты хирургической коррекции при обтурации входа влагалища, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови применением крема колпотрофина.

Материалы и методы исследования: За период 2006 – 2013гг нами оперировано 27 девушек с атрезиями девственной плевы и аномалиями влагалища и нарушением оттока менструальной крови.

Обследование и хирургическое лечение проведено в гинекологическом отделении Андиганского Перинатального центра.

Всем пациенткам для уточнения диагноза и дифференциации уровня обтурации влагалища произведена УЗИ.

Результаты исследования: Болевой синдром, обусловленный нарушением оттока менструальной крови при полном зарращении девственной плевы выявлен у 21 девочек. Альгодисменорея (болезненные менструации) наблюдалась у 3 девушек с перегородкой влагалища, у 3 девушек с рецидивным зарращением отверстия девственной плевы после произведенных хименотомий (рассечение девственной плевы).

Всем больным под местным обезболиванием раствора лидокаина 2%-2,0 мл, выполнено оперативное лечение, в зависимости от выявленной формы обтурации влагалища. У (24) девушек с атрезией девственной плевы и функционирующей нормальной маткой выполнено крестообразное рассечение химена с восстановлением отверстия для оттока менструальной крови (здесь проводилось подшивание нижнего угла рассеченного крестообразным разрезом треугольника к верхней части девственной плевы). У (3) девушек с перегородкой влагалища произведено её рассечение влагалищным доступом. В послеоперационном периоде проводилась санация влагалища раствором цитеала 1:10, с последующим применением колпотрофина. Колпотрофин эстрогенсодержащий крем исключительно местного воздействия, улучшающий трофику тканей наружных женских половых органов.

По наблюдениям в отдаленном послеоперационном периоде у всех пациенток после хирургического вмешательства на наружных половых органах и влагалища наблюдалась нормальная менструальная функция.

Заключение: У пациенток с атрезиями девственной плевы и аномалиями влагалища и нарушением оттока менструальной крови необходима хирургическая коррекция, направленная на воссоздание оттока менструальной крови, а применение колпотрофина способствует заживлению краев раны искусственно созданного отверстия.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

*Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП) постоянно дискутируются, как в связи с частыми рецидивами, так и из-за социально-экономических проблем, обусловленных стойкими нарушениями менструального цикла и развитием гормонально обусловленных заболеваний в последующие периоды жизни, ухудшающих прогноз генеративной функции. Несмотря на проводимое лечение, включающее широкое применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК), у 32,1% МКПП носят рецидивирующий характер, что объясняет невозможность использования для всех пациенток унифицированной схемы лечения. Длительный прием подростками КОК с «противорецидивной» целью, оказывает выраженное торможение гонадотропной функции гипофиза, что осложняет восстановление нормального ритма менструаций и не устраняет основные причины заболевания. В связи с этим, дальнейшее изучение этиологии и патогенеза МКПП в аспекте нарушения регуляции менструального цикла, может помочь в дифференцированном выборе лечения. В контексте изложенного, мы решили провести сравнительную оценку влияния низкодозированных КОК на гемостаз при различной длительности лечения, направленного на профилактику рецидивов МКПП. Мы использовали КОК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, как рекомендуемые для проведения гормонального гемостаза и профилактики дальнейших рецидивов МКПП в 1 группе (13 девушек). В 1 группе гемостаз достигнут на 2-е сутки после начала лечения,

суммарная гемостатическая доза этинилэстрадиола составила 120-150 мкг, что составило 4-5 таблеток. В последующие дни проводилось постепенное снижение суточной дозы до 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела (1 таблетки в сутки). Длительность приема составляла 21 день. Для профилактики рецидивов МКПП данный препарат назначался в режиме приема КОК в течение 2 последующих менструальных циклов. В целях патогенетической коррекции нарушения менструального цикла также использован фемостон 2/10, содержащий 2мг эстрадиола и 10 мг дидрогестерона во 2 группе (11 девушек). Во 2 группе гемостаз произошёл к концу 1-х суток, суммарная гемостатическая доза эстрадиола составила 10 мг, это составило 4 таблетки. Для профилактики рецидивов кровотечений во второй группе девушек фемостон назначался в непрерывном режиме в течение 3 последующих циклов. Результаты исследования сравнивались с группой контроля (20 здоровых девочек-подростков). Таким образом, для оптимизации тактики ведения при рецидивах маточных кровотечений пубертатного периода патогенетической коррекции менструального цикла более физиологичным предпочтителен фемостон 2/10, так как препарат не тормозит овуляцию в отличие от КОКов и физиологически поддерживает менструальный цикл девочки-подростка, что особенно важно в период становления функции репродуктивной системы.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ

*Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Дисменорея – часто встречающееся патологическое состояние, характеризующееся болезненными менструациями. В структуре гинекологической заболеваемости у девочек-подростков дисменорея занимает одно из ведущих мест. Ежемесячное ожидание боли отражается на общем самочувствии, эмоциональной и психической деятельности девушек. Дисменорея является причиной огромного количества прогулов. Обращает на себя внимание, что именно в подростковом возрасте болевой приступ сочетается у 84% девушек со рвотой, у 79,5% - с диареей, у 22,7% - с головокружением, у 13,6 – с головной болью и у 15,9% - с обмороками. По данным разных авторов, частота дисменорей колеблется в широких пределах (от 8 до 92%).

Появлению болезненных менструаций у девушек часто предшествует воздействие различной степени выраженности стрессовых ситуаций, физическое и психическое перенапряжение. Нельзя не согласиться с их мнением, что вынужденная чрезмерная занятость матери производственными проблемами в условиях недостаточного материального обеспечения семьи уменьшает внимание женщины к проблемам развития ребёнка и может провоцировать состояние хронического стресса у подростка, что ускоряет формирование дисменорей. Установлено, что на развитие дисменорей у девушек-подростков влияют профессиональная вредность и бытовой алкоголизм родителей, а также недоношенность, внутриутробное инфицирование и пренатальная гипотрофия. У девочек, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в домах и интернатах имеет место высокая частота первичной дисменорей. С позиций задержки процессов возрастной дифференцировки половых органов как фонового этиологического момента развития дисменорей вследствие алиментарных погрешностей, интоксикации и обменных нарушений в качестве факторов высокого риска развития первичной дисменорей выступают недостаточная лактационная функция, наличие анемии во время беременности и поздний возраст матери на момент родов. Во время становления менструального цикла часто встречается вторичное иммунодефицитное состояние, поэтому вовлеченный в патологический процесс выявляется не только психоэмоциональная сфера, вегетативная нервная система, но и иммунная система. При этом иммунная система является объектом «страдания» при боли и важным посредником в каскаде событий, формирующих болевой синдром. Помимо описанных выше факторов в генезе дисменорей определенное значение имеют изменения в системе минерального гомеостаза, преимущественно кальция и магния. В процессе детального изучения проблемы дисменорей обращает на себя внимание то, что у очень многих девушек с дисменореей имеются множественные проявления патологии соединительной ткани.

Для диагностики первичной дисменорей у девушек проводится проба с нестероидными противовоспалительными препаратами, одним из которых является нимесил. Больной предлагается принять препарат по 1 таблетке 3 раза в день, независимо от режима приема пищи, оценивая выраженность боли однократно в утренние часы. Проведение этой пробы даёт возможность выбрать наиболее рациональные пути последующего обследования девушек. Быстрое снижение выраженности боли и сопутствующих проявлений дисменорей в первые 3 часа после приёма препарата с сохранением положительного эффекта в последующие дни, наблюдается у девушек с идиопатической простагландинемией. Получение подобных результатов пробы позволяет ограничить спектр обследования девушек анализом данных ЭЭГ, определением психических и эмоциональных личностных особенностей, а также определением электролитного состава плазмы крови и предотвратить необоснованную госпитализацию в отделения экстренной гинекологии девочек с дисменореей.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ

*Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Цель работы. Выявить особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное изучение 16 историй родов женщин с ВИЧ инфекцией.

Результаты. Среди них первородящих было 7 (43,7%) и повторнородящих 9 (56,3%), ВИЧ инфекция обнаружено у 4 женщин до 13 недель беременности, что составляет 25% от общего числа обследуемых, у 6 (37,5%) от 14 до 26 недель

беременности, у 6 (37,5%) после 26 недель беременности. Из соматического анамнеза выяснено, что 42,8% женщин перенесли детские инфекции, 15,7% в детстве часто отмечали простудные заболевания. Остальные 41,5% женщин имели в анамнезе пневмонию, тонзиллит, ревматизм, колит, а также вирусный гепатит А и В. С 14 недель беременности 12 (75%) женщин получали АРТ, 14 (87,5%) проведено ППМР, 1 (6%) новорожденный был на искусственном вскармливании.

Изучение акушерского анамнеза показало, что у 13,4% женщин было бесплодие, у 26,9% - выкидыши, и у 7,1% обследованных имело место мертворождение. Интергенетический интервал у повторнородящих составил у 8% обследованных 1 год, у остальных 2-3 года и более. Изучение течения беременности показало, что у 34,3% женщин в первой половине беременности отмечался ранний токсикоз в виде рвоты беременных и птолиза. У 3 (18,5%) беременных выявлена оппортунистическая инфекция.

У 66,4% женщин ретроспективной группы за всю беременность прибавка массы тела составила в среднем $7,26 \pm 5,42$ кг, у 10,7% обследованных за время беременности прибавки в массе теле не отмечалось. Железодефицитная анемия (ЖДА) легкой степени выявлено у 7,1%, средней у 57,9%, тяжелой степени у 34,9%, гипертензивные состояния беременных наблюдались у 18,2%, у этих беременных отмечались явления протеинурии, головные боли и повышение диастолического артериального давления до 90-100 мм.рт.ст.

Течение родов: срочные роды 71%, преждевременные 29%. Осложнение в родах отмечались в виде дистонии родов, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарушение отделения плаценты. Родились следовательно доношенных новорожденных также 71%, недоношенных 29%. В асфиксии легкой степени родилось 67,3% новорожденных, в тяжелой степени 32,7%.

У одной повторнородящей беременной произошла антенатальная гибель плода во втором триместре 19-22 недели.

Выводы. Таким образом, у женщин имеющих ВИЧ инфекцию в течении беременности и родов имеет значительные осложнения, увеличивается количество выкидышей и мертворождения, повышается перинатальная и детская смертность. Проведение АРТ и ППМР приводит к снижению трансмиссии ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Все это диктует необходимость более широкой коррекции введения беременности и родов, а также ранее выявление СПИД у женщин и беременных и профилактика распространения ВИЧ инфекции

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ОБОЛОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ

*Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Преждевременное излитие околоплодных вод – осложнение беременности, характеризующееся разрывом плодных оболочек и излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности.

В патогенезе преждевременного разрыва оболочек играют роль дефицит фолиевой кислоты, наличие фетального фибронектина в шеечно-вагинальном секрете, α -фетопротеина в сыворотке крови, состояние системы ПОЛ-АОЗ.

Анализ содержания фолиевой кислоты (ФК) в сыворотке крови свидетельствовал о том, что, в сроки с 22 до 27 недель беременности в 1 группе имелся выраженный дефицит содержания у 92,7% беременных этого витамина, у оставшихся 7,3% - наблюдался умеренный дефицит.

Умеренный дефицит фолиевой кислоты до 300 мг у беременных 1 группы при сроке гестации 28-33 недели, где пролонгация была всего 24 часа наблюдался у 14 (34,1%), во 2 группе (срок пролонгирования 25 часов до 72 часов) – у 26 (60,5%), а в 3 группе (срок пролонгирования свыше 72 часов) у всех беременных уровень фолиевой кислоты был выше 300 мг (достоверность различий соответствовала уровню – $P < 0,05$).

Фетальный фибронектин (fFN) стал наиболее важным биохимическим маркером - присутствие этого гликопротеина в шеечно-вагинальном секрете после 22-24 недели беременности указывает, что граница между хориона и deciduas была нарушена. Наличие фибронектина в 22-33 недели в шеечно-вагинальном секрете является критерием разрушения хориодецидуальной поверхности и связано с высоким риском ПРПО.

Положительный тест указывает на повышенный риск преждевременных родов, и отрицательный тест имеет высокую прогностическую ценность. У женщин с физиологическим течением беременности фибронектин плода отсутствует в шеечно-вагинальном секрете с 22 недель беременности почти до родов. При сроке гестации 22-27 недель у беременных 1 группы, в которой пролонгация была всего 24 часа уровень fFN в шеечно-вагинальном секрете составила 71,1 нг/мл, а в сроки 28-33 недели – 79,8 нг/мл.

При исследовании фибронектина и результатов УЗИ шейки матки у женщин группы риска ПР было показано, что эти показатели либо дополняли друг друга в диагностике, либо были равноценны между собой.

В ходе исследований выделены следующие моменты: отягощенный акушерский и соматический анамнезы, определение длины шейки матки с помощью УЗИ, определение фетального фибронектина в шеечно-вагинальном секрете после 22-24 нед. беременности, дисбаланс в системе перекисного окисления липидов и изменение концентрации АФП также служат маркерами пролонгации беременности у женщин с ПРПО.

РОЛЬ АУТОИММУННОГО ООФАРИТА ПАТОГЕНЕЗЕ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

*Махмудова К.Ш.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Эндокринные нарушения служат причиной бесплодия в 30-40% случаев. Недостаточность яичников, обусловленная эндокринными факторами, чаще всего является нормогонадотропной. Эта патология гетерогенна по

этиологии и патогенезу и может быть проявлением ряда различных заболеваний, которые в 65,1% случаев в той или иной степени связаны с центральными нарушениями регуляции гипоталамо-гипо-физарно-оварияльной системы. Оварияльные факторы обуславливают нормогонадотропную недостаточность яичников в 34,9% случаев. Нередко первично-яичниковая недостаточность развивается в репродуктивном периоде жизни женщин, например, вследствие инфекционного поражения яичников, генитального эндометриоза. Вероятной причиной возникновения первично-оварияльной недостаточности может явиться аутоиммунный оофорит. Исследование антиоварияльных аутоантител у больных с недостаточностью яичников на фоне нормального уровня гонадотропинов показывает, что частота распространения аутоиммунного оофорита среди таких женщин составляет 19,2%.

Цель исследования состоит в изучении роли аутоиммунного оофорита в патогенезе нормогонадотропной недостаточности яичников.

Материалы и методы исследования. Обследовано 174 больных с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью яичников, 35 здоровых женщин и трое больных с гипергонадотропной нормопролактинемической оварияльной недостаточностью. Возраст больных колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 28,7±0,4 года. Основными жалобами являлись бесплодие и нарушение менструального цикла. Жалобы на первичное бесплодие предъявляло 96 (55,2%) женщин, на вторичное - 60 (34,5%). Длительность первичного бесплодия варьировала от 1 года до 18 лет (в среднем - 6,6±0,5 года), вторичного бесплодия - от 1 года до 15 лет (в среднем - 4,8±0,4 года). У 20 больных с вторичным бесплодием отмечалось в прошлом невынашивание беременности, у 3 из них - привычное. У 47 обследованных больных в анамнезе были искусственные аборты, у 20 - роды, у 7 - внематочная беременность. Жалобы на олигоменорею предъявляли 73 (42,0%) женщины, у 6 из них была вторичная аменорея в анамнезе. У 7 (4,0%) женщин была вторичная аменорея в период обследования. Меноррагию в анамнезе отмечало 8 (4,6%), метроррагию - 11 (6,3%). Возраст наступления менархе колебался от 9,5 до 17 лет (в среднем - 13,0±0,1 года) и достоверно превышал возраст менархе у здоровых женщин. У 74 (42,5%) женщин отмечался гипертрихоз: у 50 - умеренный, у 24 - выраженный. Лактозея 1-й степени выявлена у 39 (22,4%) женщин. Ожирение различной степени выраженности наблюдалось у 50 (28,7%) больных. Дефицит массы тела отмечался у 20 (11,5%) больных. У 58 (33,3%) больных диагностирован диффузный нетоксический зоб.

Анализ гормональных показателей крови у больных с различными типами оварияльной недостаточности выявил наиболее выраженные изменения, такие, как гипостерогенемия и гипертестостеронемия при ановуляции. Найденные изменения свидетельствуют о нарушении синтеза эстрогенов в яичниках, проявлением которого является отсутствие предовуляторного подъема эстрадиола, необходимого для овуляторного пика гонадотропинов и овуляции. У больных с лютеинизацией неовулировавшего фолликула имела место гипертестостеронемия в фолликулярную фазу цикла. Выявлено значительное снижение прогестерона в крови и перитонеальной жидкости больных с лютеинизацией неовулировавшего фолликула и недостаточностью лютеиновой фазы, отражающее неполноценность второй фазы цикла.

У 24,5% больных с аутоиммунным оофоритом его течение сочеталось с другой аутоиммунной патологией, в том числе с аутоиммунным поражением щитовидной железы у 18,9%.

В структуре факторов, которые могли бы повлиять на возникновение аутоиммунных заболеваний, отмечен высокий процент частых простудных заболеваний (35,8), паротита (17,0), хронической инфекции: у 26,4% больных отмечались хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы, у 34,0% - желудочно-кишечного тракта, у 11,3% - верхних дыхательных путей, у 49,0% - хронический тонзиллит.

Заключение. У 31,5% женщин нормогонадотропная нормопролактинемическая недостаточность яичников обусловлена аутоиммунным оофоритом. У больных с аутоиммунным оофоритом гормональная недостаточность яичников в 32,1% случаев проявляется ановуляцией, в 17,0% - лютеинизацией неовулировавшего фолликула, в 37,7% - недостаточностью лютеиновой фазы цикла и в 13,2% - чередованием ановуляции и лютеиновой недостаточности. Аутоиммунный оофорит у женщин с нормогонадотропной недостаточностью яичников в 24,5% случаев сочетается с другой аутоиммунной патологией, в том числе в 18,9% - с аутоиммунным тиреоидитом. Нарушение фолликулогенеза при аутоиммунном оофорите сочетается с гипостерогенемией в фолликулярную фазу менструального цикла.

ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Махмиева Г.К., Азизова М., Шамсиев Ф.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Ожирение является актуальной и дискуссионной проблемой. Установлена связь между изменением условий жизни людей и заболеваемостью БА. Показано, что улучшение условий жизни способствует росту не только ожирения, но и заболеваемости БА. Одним из основных компонентов, а также факторов риска развития ожирения (ОЖ) является характерный спектр липидных нарушений крови, и в частности, уровня триглицеридов и снижение фракции липопротеидов высокой плотности. Возрастание жирных кислот в печени ведет к повышению уровней ТГ, холестерина фракции, липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) и к снижению уровня холестерина (ХС) высокой плотности (ЛПВП).

Поэтому наличие у больного характерных нарушений липидного обмена также может являться дополнительным доказательством патологического действия ИР в организме. В связи с этим изучаемая проблема считается актуальной и своевременной.

Цель исследования. Изучение особенностей липидного спектра у детей больных бронхиальной астмой с ожирением.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ параметров липидного спектра крови (ТГ, холестерина, ЛПВП и ЛПНП) у детей больных бронхиальной астмой с ожирением и нормальной массой тела. Исследования проводились в двух группах: 1 - основная группа - 48 наблюдений и 2 - контрольная группа - 18.

Результаты исследования. Установлено относительное снижение антиатерогенного класса липопротеидов и повышения атерогенного индекса, отражают тенденцию к формированию дислипидемии при ожирении.

В основной группе различные изменения липидного спектра определялись в 26 случаях (54%). В контрольной группе количество детей имеющих липидные нарушения, было меньше, всего 5 случаев (27%), однако достоверности различий не получено ($P=0,31$).

По мере нарастания массы тела все больше прослеживалась тенденция к снижению концентрации ЛПВП, а значимость различий с контрольной группой возрастала. Тем самым сравнительный анализ исследуемых параметров жирового спектра крови у детей с нормальным весом и с разными степенями избытка массы показал обратную зависимость уровня ЛПВП от массы тела.

Наиболее выраженные отличия в содержании липидов крови были выявлены при сравнении подгрупп детей с абдоминальным ожирением. В этой группе имелись статистически значимые различия в виде повышения уровней триглицеридов и снижения концентраций ЛПВП по сравнению с группой контроля.

Таким образом, среди детей с ожирением выраженность изменений липидного спектра крови зависела в большей степени от характера ожирения, чем от избытка массы тела. Учитывая характер липидных изменений (повышение ТГ и снижение ЛПВП) и выраженную связь с секрецией инсулина, можно заключить, что уже в детском возрасте формирование ожирения и, в частности, его абдоминальной формы сопровождается характерным для состояния инсулинорезистентности нарушением метаболизма жиров.

ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

*Махсудова Хакимахон Файзуллаевна
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель работы. Выявление особенностей адаптационно-компенсаторных реакций в неонатальном периоде у доношенных детей, родившихся с ЗВУР.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели обследованы 528 доношенных новорожденных детей, в том числе 330 детей, родившихся с ЗВУР (основная группа), и 198 детей без ЗВУР (контрольная группа). Средняя масса тела детей основной группы при рождении равнялась $2557,3 \pm 47,2$ г, контрольной группы – $3523,5 \pm 20,4$ г ($p < 0,001$). Длина тела у новорожденных обеих групп составила соответственно $48,9 \pm 0,5$ см и $52,3 \pm 1,1$ см ($p < 0,01$). Дети основной группы по степени ЗВУР распределились следующим образом: I-я степень – 175 детей (53,0%), II-я – 106 (32,1%), III-я – 49 детей (14,9%).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ частоты хронических экстрагенитальных и гинекологических заболеваний выявил высокую частоту хронической патологии у женщин основной группы (71,8% и 59,1%, соответственно; $p < 0,01$). С наибольшим постоянством у женщин основной группы диагностировались гинекологические заболевания (48,5% и 29,8%; $p < 0,001$), болезни органов мочевыделительной системы (23,3% и 16,2%; $p < 0,05$), органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей (24,2% и 14,6%; $p < 0,01$), сердечно-сосудистой системы (22,1% и 13,1%; $p < 0,01$). Только в основной группе были зарегистрированы болезни крови и кроветворных органов (2,1%) и достоверно чаще дефицит веса (9,7%; $p < 0,05$).

Отмечена более высокая частота осложнений беременности у женщин основной группы (100,0% и 82,3%; $p < 0,001$), таких как преэклампсия (46,7% и 32,3%; $p < 0,001$), угроза прерывания беременности (46,1% и 37,9%; $p < 0,05$), фетоплацентарная недостаточность (37,9% и 14,4%; $p < 0,001$), маловодие (13,9% и 1,5%; $p < 0,001$). Более половины женщин данной группы имели перинатально значимые инфекции (60,9% и 40,4%; $p < 0,001$), 43,9% ($p < 0,05$) - анемию, достоверно чаще они переносили в период беременности острые заболевания вирусной или бактериальной этиологии (47,9% и 34,3%; $p < 0,01$).

При рождении у детей основной группы существенно чаще отмечались асфиксия (31,5% и 12,1%; $p < 0,001$) и врожденные пороки развития (18,5% и 5,1%; $p < 0,001$). Новорожденные дети с ЗВУР чаще имели нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде (83,9% и 47,7%; $p < 0,001$), а именно, пролонгированную желтуху (30,6% и 22,7%; $p < 0,05$), синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы (20,9% и 7,1%; $p < 0,001$), отечный синдром (15,5% и 8,6%; $p < 0,01$), полицитемию (35,5% и 21,2%; $p < 0,001$), гипогликемию (26,9% и 12,6%; $p < 0,001$), гипопроотеинемию (6,9% и 3,0%; $p < 0,05$). Треть детей не восстановили первоначальную массу тела к 7-у дню жизни (29,1% и 12,1%; $p < 0,001$), только в основной группе регистрировались аспирационный синдром (7,0%) и родовая травма (3,9%).

Вывод. Для новорожденных детей с ЗВУР характерны нарушение процессов неонатальной адаптации, высокая частота патологических состояний, среди которых преобладают перинатальное поражение ЦНС, инфекционные заболевания, патология сердечно-сосудистой системы.

Высокая частота хронической экстрагенитальной и гинекологической патологии, осложнений беременности у женщин основной группы приводит к хронической плацентарной недостаточности, что сопровождается стрессовым состоянием плода, вызывая комплекс гормональных, гемодинамических и метаболических нарушений у ребенка.

КОРРЕКЦИОННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Махсудова Х.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Роль зрительного анализатора в психофизическом развитии ребенка велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у детей значительное затруднение в познании окружающего мира, ограничивает

общественные контакты и возможности для занятий многими видами деятельности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития. Эти особенности проявляются в отставании, нарушении и развитии двигательной сферы, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах практической деятельности, в особенностях эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к труду

Цель исследования. Оценить эффективность предложенной физической реабилитации у детей с нарушением функции зрения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 150 детей с ограниченными возможностями здоровья, относящиеся к группе функциональных нарушений зрения. Из них слабовидящих было 74 (49,3%) ребенка, 7 (4,6%) детей с органическим поражением зрительного анализатора и 69 (46%) детей, которые не могут использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности.

Результаты исследования. В связи с нарушением функции зрительного анализатора у детей отмечается отставание, как в физическом развитии, так и в функционировании систем организма.

До реабилитационных воздействий в двух группах физическое развитие отмечено как дисгармоничное. Проведение курса мероприятий привело к улучшению морфометрических характеристик и повышению уровня физического развития мальчиков основной группы до гармоничного уровня ($p > 0,05$).

В результате использования физических упражнений общеукрепляющего характера и массажа повышались функциональные возможности сердечнососудистой и дыхательной системы. Улучшение положения физиологических изгибов позвоночника способствовало раскрытию грудной клетки и увеличению вентиляторной функции на 11,8 % ($p < 0,05$). Сочетание дыхательных и суставно-мышечных упражнений создало условия для экономизации механики дыхания - ЧД снизилась на 6 %. При мышечной работе раскрывается дополнительная капиллярная сеть альвеол, укрепляется и развивается дыхательная мускулатура, что способствует увеличению объема грудной клетки.

Комплекс реабилитационных воздействий повысил адаптационные возможности кардиореспираторной системы к гипоксическим нагрузкам на 8 и 29 % ($p < 0,05 - 0,001$).

Для оценки психоэмоционального состояния проводили цветовой тест Люшера и оценивали нервно-психическое состояние детей.

На начало реабилитации определено удовлетворительное эмоциональное состояние в обеих группах.

После курса реабилитации в основной группе показатель психоэмоционального состояния улучшился на 20,5 % ($p < 0,01$) относительно исходного уровня достиг благоприятного состояния, в то время как в контрольной группе состояние осталось на прежнем уровне.

Сравнительный анализ изменения показателей основной и контрольной группы после курса реабилитации показал достоверное различие, что свидетельствует об эффективности применения использованных средств адаптивной физической культуры.

Вывод. Проведенный комплекс физических упражнений способствовал оптимизации зрительных функций у 75 (50%) детей и помог избежать оперативного вмешательства у 2 (1,3%).

ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Махсудова Х.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дыхательная система обеспечивает нормальную жизнедеятельность человека. Именно органам дыхания отводится особая роль по обеспечению организма кислородом для поддержания соответствующего уровня окислительно - восстановительных процессов и кислотно - щелочного баланса. Как правило, при поражении одного отдела дыхательного аппарата нарушается и функция всей системы. К этой системе относится дыхательная мускулатура. В результате ухудшается вентиляция легких и нарушается, в той или иной степени, вся система газообмена. Эти патологические изменения неблагоприятно сказываются на функциональных возможностях всего организма.

В акте дыхания участвуют межреберные мышцы, диафрагма, мышцы живота и другие мышцы. Известно, что деформация позвоночника, которая сопровождается изменениями топографии спинномозгового канала, спинного мозга и его оболочек, ведет к натяжению корешков спинного мозга, сдавлению их отечными тканями и ущемлению их в межпозвонковых отверстиях. Это в свою очередь приводит к нарушению нормальной иннервации внутренних органов и соматической мускулатуры, обеспечивающих дыхательную функцию. Происходит уменьшение объема грудной полости, ограничивается подвижность ребер и диафрагмы, ослабление межреберных мышц, повышение внутригрудного давления. Вследствие этих изменений у школьников развивается недостаточность внешнего дыхания по рестриктивному типу.

Цель исследования. Определить особенности функционального развития дыхательной системы у современных детей и подростков школьного возраста.

Материалы и методы исследования. У 400 учащихся 1–10-х классов проведена оценка функционального состояния дыхательной системы с помощью спирографии.

Результаты исследования. От 1-го к 10-му классу выявлено достоверное увеличение средних показателей проходимости дыхательных путей: пиковой объемной скорости (ПОС) — в 1,5 раза, объема форсированного выдоха (ОФВ1) — в 2,1, мгновенной объемной скорости в момент выдоха (МОС25–75) — в 1,4–1,9, средней объемной скорости выдоха (СОС25–75) — в 1,6. В то же время от 1-го к 10-му классу отмечалось увеличение доли учащихся с отставанием в развитии мелких бронхов и бронхиол от физиологических темпов роста, что подтверждалось увеличением с 3,3% среди учащихся 1-го класса до 18,2% среди учащихся 10-го класса с существенным сниженным СОС25–75, а также увеличением с 6,6 до 9,1% соответственно со сниженным МОС75.

На фоне отставания физиологического развития мелких бронхов наблюдалась динамика отставания в развитии крупных и средних бронхов, что подтверждалось снижением удельного веса числа учащихся с ПОС с 56,8 до 15,2%, МОС25 с 63,4 до 15,2%, МОС50 с 90 до 57,6% соответствующим физиологическим нормам.

Вывод. Таким образом, показано, что развитие дыхательной системы у современных детей школьного возраста характеризуется отставанием развития бронхиального дерева.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ БИОГЕХИМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Машаринова Р.Т.

Ургенцкий филиал Ташкентской медицинской Академии

Введение. Как известно, дефицит железа представляет собой часто встречающуюся форму дефицитного состояния у детей. В этот хронологический период жизни, в целом детский организм существует в состоянии ферростресса, когда возникает явное несоответствие между значительно возрастающими потребностями развивающегося детского организма в этом металле, в связи с ростом, увеличением объема циркулирующей крови, с другой стороны же все используемые пищевые диеты, содержат ограниченные (маргинальные) количества железа вообще, тем более железа усвояемого в желудочно-кишечном тракте, что бывает недостаточным для нормального обеспечения растущих физиологических потребностей детского организма в этом металле. Был показан феномен напряженного баланса железа в организме детей дошкольного возраста и с нормальным гемоглобиновым здоровьем, проживающих в характерной биогехимической зоне южного Приаралья, которая в стране считается зоной экологического неблагополучия.

Цель исследования. Изучить характер обмена железа в организме у детей дошкольного возраста при существующем в их организме дефиците железа (железодефицитная анемия той или иной степени тяжести), проживающих при разном уровне социально-экономических условий среды проживания (среди городских и сельских детей).

Материалы и методы исследования. Для характеристики статуса железа в организме городских детей с легкой степенью ЖДА, методом случайного бесповторного отбора обследовали 25 детей дошкольного возраста обоего пола, у которых уровень гемоглобина в крови соответствовал легкой степени ЖДА.

Результаты и обсуждение. Как показал анализ, у городских детей с легкой степенью ЖДА уровень общего гемоглобина в среднем составил $95,3 \pm 0,63$ г/л при дисперсии этого показателя от 92,0 г/л (min) и 100,0 г/л (max). Уровень сывороточного железа у этих детей снижен, в среднем до $9,62 \pm 0,19$ мкмоль/л при дисперсии этого показателя от 7,67 мкмоль/л (min) до 11,2 мкмоль/л (max). В сравнительном аспекте с группой здоровых городских детей – в среднем $13,0 \pm 0,31$ мкмоль/л (средний показатель уровня железа у условно здоровых мальчиков и девочек), этот показатель снижен в 1,35 раза. Уровень иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови у городских детей с легкой степенью ЖДА в среднем составляет $3,98 \pm 0,04$ г/л при дисперсии этого показателя от 3,69 г/л (min) до 4,30 г/л (max), т.е. у этих детей имеет место патологическая гипертрансферринемия, отражающая ускоренный оборот сывороточного железа в организме этих детей. В сравнительном аспекте со здоровыми детьми уровень трансферрина у анемичных детей увеличен в 1,2 раза – $3,31 \pm 0,035$ г/л и $3,98 \pm 0,04$ г/л соответственно. Патологически снижена и насыщенность общего пула сывороточного трансферрина железом в среднем (КНТ) у городских детей с легкой степенью ЖДА составляет $9,9 \pm 0,25\%$ при дисперсии этого показателя от 7,8% (min) до 12,2% (max), такой важный феррокинетический показатель, как насыщение трансферрина железом, у анемичных детей снижен в 1,66 раза по сравнению со здоровыми детьми $9,9 \pm 0,25\%$ и $16,4 \pm 0,5\%$ соответственно, у детей с легкой степенью ЖДА. Анализ изотрансферринового спектра сыворотки крови у городских детей с анемией легкой степени показывает, что изотрансферриновый спектр сыворотки крови у обследованных детей смещен влево, т.е. в сторону увеличения относительной доли мало- и ненасыщенных изомолекулярных форм трансферрина (до 60%), при одновременном снижении полностью насыщенных железом изоформ трансферрина–диферриттрансферрина (до 15-18%).

Выводы. Изучен обмен железа у городских детей с легкой степенью ЖДА.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Машаринова Р.Т.

Ургенцкий филиал Ташкентской медицинской Академии

Введение. При возрастании воздействия экологических факторов на состояние здоровья развивающегося организма, его функций и систем, значительно вырос исследовательский интерес к изучению метаболизма железа, как одного из основных гемопозитических факторов у детей, проживающих в различных, так называемых биогехимических провинциях или зонах, которые в Узбекистане достаточно сильно различаются между собой по степени выраженности климатогеографического, экологического, антропогенного и др. факторов. Результаты научных исследований этиопатогенетических факторов развития ЖДС, частоты ЖДС, особенностей в метаболизме железа, корреляций между выраженностью дефицита железа и факторов окружающей среды позволяет значительно облегчить разработку и последующее внедрение в практическое здравоохранение научно обоснованных и целенаправленных программ профилактики ЖДС у детей в различных биогехимических провинциях страны.

Цель исследования. Изучить обмен железа у сельских детей с диагностированной у них средней степенью железодефицитной анемии.

Материалы и методы исследования. Для того чтобы охарактеризовать обмен железа у сельских детей со средней степенью ЖДА, методом случайного бесповторного отбора обследовали 21 детей дошкольного возраста обоего пола. Изучали показатели общего гемоглобина, сывороточного железа, содержание трансферрина в сыворотке крови и насыщенность этого белка железом.

Результаты и обсуждение. Анализ общего гемоглобина гемоглобинцианидным методом, показал, что его уровень составляет $77,6 \pm 0,97$ г/л при дисперсии этого показателя от 72,0 г/л (min) до 86,0 г/л (max). Уровень сывороточного трансферринового железа, отражающего лабильный пул железа в организме детей, в среднем у обследованных детей составил $4,82 \pm 0,14$ мкмоль/л при дисперсии этого показателя от 3,41 мкмоль/л (min) до 5,96 мкмоль/л (max). Сравнение этих показателей с аналогичными у детей – жителей города с той же степенью ЖДА показывает, что патологические флуктуации в статусе железа у детей, проживающих в сельских условиях при одинаковой степени тяжести ЖДА носят более выраженный характер. Уровень иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови, отражающий компенсаторную реакцию организма на дефицит железа в нем, у сельских детей со средней степенью ЖДА в среднем составляет $5,02 \pm 0,04$ г/л при дисперсии этого показателя от 4,69 г/л (min) до 5,40 г/л (max). В сравнительном аспекте с детьми городской субпопуляции у сельских детей уровень сывороточного трансферрина значительно увеличен, в ответ на истощенные запасы железа в организме и истощенный плазменный лабильный фонд железа в организме. Насыщенность общего пула трансферрина железом у сельских детей статистически достоверно ниже, чем у городских детей, в среднем $3,92 \pm 0,13$ % и $4,7 \pm 0,22$ % ($p < 0,01$) соответственно. Количество элементного железа в депо у сельских детей это составляет в среднем – 40,48 – 50,60 мг железа. Очевидно, что такой запас железа в организме не в состоянии обеспечить физиологический уровень эритропоэза у детей. В сравнительном аспекте с группой условно здоровых детей – жителей села, при анемии средней степени запасы железа у них в 5,6 раза ниже. Анализ изотрансферринового спектра сыворотки крови у сельских детей со средней степенью ЖДА показывает, что общая доля ненасыщенных (апотрансферрин) и малонасыщенных (моноферриттрансферрин) молекулярных изоформ трансферрина превышает 85% от общего пула трансферрина, циркулирующего в сыворотке крови.

Выводы. Изучен метаболизм железа у сельских детей со средней степенью железодефицитной анемии.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Машарипова Р.Т.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В последние годы работами многочисленных исследователей показан широкий спектр патологических проявлений дефицита железа в организме, как одного из наиболее значимых для практического здравоохранения микроэлементозов. Все это определяет большой исследовательский интерес к изучению различных аспектов физиологии и патофизиологии обмена железа в организме. Несмотря на обилие научных работ, посвященных проблеме дефицита железа, в научной литературе явно недостаточно работ, в которых рассматриваются с современных методических позиций те или иные аспекты обмена железа в организме в связи с теми или иными условиями среды проживания или особенностями исследуемых популяций. Данные факторы являются интегральными характеристиками или показателями, так называемых биогеохимических провинций или зон по определению акад. Вернадского и которые достаточно заметно отличаются друг от друга в Узбекистане. Одной из таких характерных биогеохимических зон является экологически неблагоприятные зоны южного Приаралья – Республика Каракалпакстан и Хорезмский вилайет.

Цель исследования. Изучить показатели обмена железа у детей дошкольников при тяжелой степени железодефицитной анемии.

Материалы и методы исследования. С целью характеристики обмена железа у детей с тяжелой степенью ЖДА методом случайного бесповторного отбора обследовали 26 детей обоего пола, у которых на основании определения уровня общего гемоглобина крови была диагностирована ЖДА тяжелой степени.

Результаты и обсуждение. Средний уровень общего гемоглобина у обследованных был $60,9 \pm 1,19$ г/л при дисперсии этого показателя от 40,0 г/л (min) до 66,0 г/л (max). Статус железа у данных детей характеризуется значительными патологическими флуктуациями в различных функциональных фондах железа в организме, так лабильный плазменный фонд железа характеризуемый сывороточным железом в среднем составляет всего $2,63 \pm 0,14$ мкмоль/л при дисперсии этого показателя от 1,36 мкмоль/л (min) до 4,09 мкмоль/л (max). Уровень иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови в среднем у обследованных детей составляет $5,04 \pm 0,02$ г/л при дисперсии этого показателя от 4,85 г/л (min) до 5,35 г/л (max). Насыщенность трансферрина железом в среднем составляет всего $2,2 \pm 0,12$ % при дисперсии этого показателя от 1,1 % (min) до 3,4 % (max). Анализ изотрансферринового спектра показывает характерные изменения в нем, практически весь пул сывороточного трансферрина у обследованных детей с тяжелой степенью ЖДА представлен ненасыщенными и малонасыщенными изоформами трансферрина, т.е. апотрансферрином и моноферриттрансферрином, при этом львиная доля (более 85%) приходится на апотрансферрин. Таким образом, при значительной гипертрансферринемии у обследованных детей с тяжелой степенью анемии практически весь пул этого железосвязывающего белка – трансферрина является функционально неактивным.

Выводы. Изучены показатели обмена железа у детей-дошкольников при тяжелой степени железодефицитной анемии, отмечены значительные изменения в этих показателях, характеризующих различные функциональные фонды железа в организме.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Машарипова Шохиста Сабировна

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Ветряная оспа - высококонтагиозное заболевание вирусной природы из группы герпетических инфекций. Наиболее важными факторами риска, ассоциированными со степенью тяжести течения ветряной оспы, генерализацией процесса и смертельным исходом являются возраст и нарушение функции иммунной системы.

В Узбекистане вакцинопрофилактика ветряной оспы до сих пор не проводится, по этому регистрируются сотни тысяч заболевших. Из них 90% составляют дети до 10 лет.

Цель исследования: определить клинические проявления ветряной оспы у детей.

Материалы и методы исследования: В целях изучения симптомов клинического проявления ветряной оспы в современных условиях нами были проанализированы архивные истории болезни 52 больных ветряной оспой, госпитализированные в областную клиническую инфекционную больницу г.Ургенча в период с 2016 по 2019 годы.

Результаты исследования: Основную группу заболевших детей с ветряной оспой составили дети до 1 года – 12 (23%), дети от 1 до 3 лет составило 17 больных (33%), от 3 до 6 лет – 14 больных (27%), от 6 до 10 лет 9 больных (17%).

Частота ветряной оспы не зависела от пола заболевших детей: так девочек было 27 (52%), мальчиков – 25 (48%). При сборе эпидемиологического анамнеза особое внимание уделяли случаям заболевания ветряной оспой среди членов семьи в течение последних 2 недель. Из 52 детей, заболевших ветряной оспой, только 42 (81%) имели контакт с больными ветряной оспой.

У 32 (61,53%) больных температура тела повышалась до 38⁰С, у 15 (28,84%) – до 39⁰С и у 5 (9,63%) температура тела была выше 39⁰С. Легкая форма заболевания регистрировалась в 78% случаев, среднетяжелая в 18% и в 4% - тяжелая форма. У всех больных наблюдалась полиморфная везикулезная сыпь. Ложный полиморфизм сыпи наблюдался во всех случаях. Течение болезни носило волнообразный характер и именно по этой причине высыпания появлялись с периодичностью до нескольких раз.

Выводы: Таким образом, следует отметить, что в последние годы в практике наблюдалось повышение заболеваемости ветряной оспой у детей. Клиническая картина ветряной оспы сохраняет свои типичные черты.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Мирзаабдуллахожиева О.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день нет достаточно достоверных комплексных исследований характера изменений иммунного статуса у беременных как с острыми, так и с хроническими формами ГВ и ГС, публикации на эту тему немногочисленны. Не решен вопрос о тактике лечения гепатитов В и С на фоне беременности с целью предупреждения осложнений течения беременности, а также родов и послеродового периода. Для решения этих вопросов мы считаем важным изучение характера изменений в иммунной системе беременных на фоне ГВ и ГС, степени их выраженности в зависимости от срока гестации.

Выявленные нарушения могут быть использованы в качестве критериев для определения рациональной терапевтической тактики у беременных с НВУ- и НСУ-инфекцией.

Эти положения свидетельствуют о целесообразности и актуальности данного исследования, имеющего важное значение для практической деятельности как акушеров-гинекологов, так и врачей-инфекционистов.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику ведения беременных с гепатитами В и С на основе выявленных патогенетических механизмов взаимовлияния НВУ- и НСУ- инфекции и беременности.

Материал и методы исследования. Обследована 401 женщина репродуктивного возраста с ГВ и ГС, которые были разделены на две группы. Основная группа - это 201 беременная с гепатитами В и С (из них 69 с ОГВ, 51 с ХГВ и 81 с ХГС), группа сравнения - это 200 небеременных женщин с ГВ и ГС (73 с ОГВ, 54 с ХГВ и 73 с ХГС) В качестве контрольной группы обследованы 47 здоровых беременных.

Результаты исследования. Течение беременности при НВУ- и НСУ-инфекции осложняется чаще, чем в контрольной группе: угрозой прерывания беременности в 1,6 раза; гестозами в 1,7 раза; фетоплацентарной недостаточностью в 2,3 раза; преждевременными родами в 4,1 раза. Особенности родов при данной патологии явилась высокая частота преждевременного излития околоплодных вод - до 39,5%, кровотечений в раннем послеродовом периоде - до 5,9%, что превышает показатели в контрольной группе в 2,3 и 2,8 раза соответственно.

Течение ОГВ на фоне беременности отличается преобладанием холестатических форм заболевания (у 63,8%), что в 4,2 раза чаще, чем у небеременных, нередко (у 26,1%) формированием затяжного течения заболевания. Наиболее тяжелое течение заболевания наблюдается в III триместре гестации.

Клиническая картина хронических форм НВУ- и НСУ-инфекции у беременных по сравнению с контрольной группой имеет более разнообразные и выраженные проявления в репликативной фазе заболевания, характеризующиеся преобладанием астеновегетативного (у 93,8% при ХГВ и 97,2% при ХГС), диспепсического (у 87,5% при ХГВ и 72,2% при ХГС) синдромов. В 2 раза чаще, чем в контрольной группе, наблюдается синдром холестаза (у 18,8% при ХГВ и 19,4% при ХГС). Лабораторные показатели в фазе репликации ХГ характеризуются умеренным повышением показателей билирубина, уровня аминотрансфераз и диспротеинемией, изменения которых наиболее выражены в I и II триместрах гестации.

В структуре донозологических форм дисфункции иммунной системы у беременных с ГВ и ГС наиболее часто встречается инфекционный синдром (у 44,9% с ОГВ, 62,7%) с ХГВ и 66,7%) с ХГС), на втором месте аллергический (26,1%, 31,4% и 35,8% соответственно), у 35,3% беременных имеет место наличие двух и более синдромов.

Иммунологические сдвиги у беременных при ОГВ носят циклический характер. Для периода разгара заболевания характерна абсолютная Т-лимфопения с преимущественным дефицитом Т-клеток хелперного типа, накопление патогенных форм ЦИК, угнетение фагоцитирующих клеток. Изменения гуморального иммунитета характеризуются повышением уровня В-лимфоцитов, угнетением синтеза IgA и повышением содержания IgM. Степень выраженности данных изменений нарастает с развитием гестационного процесса и в периоде разгара заболевания наиболее выражена в III триместре.

У беременных с ХГВ и ХГС отмечается стойкая Т-лимфопения как за счет клеток с хелперным, так и с эффекторным фенотипом, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов без достоверных изменений В-лимфоцитов. Данные изменения наблюдаются во всех триместрах, но наиболее выражены в I и II триместре. Кроме того, степень

депрессии клеточного звена иммунитета тем больше, чем выше вирусная репликация и активность патологического процесса.

Лечение беременных с HBV- и HCV-инфекцией с использованием Вобэнзима® и Виусида в зависимости от формы и фазы течения заболевания позволило улучшить прогноз и сократить сроки стационарного лечения при ОГВ на 10,1±1,2 дня, клинический эффект его у пациенток с ХГВ и ХГС был в 2,7 раза выше по сравнению с традиционной терапией, а у 33,3% больных наблюдалось значительное уменьшение степени активности заболевания. Проводимая терапия оказывает благоприятное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода, значительно снижая риск осложнений их.

Вывод. Показаноотягощающее влияние беременности на течение гепатитов В и С, а также неблагоприятное влияние НВУ- и НСУ- инфекции на течение беременности, родов и послеродового периода, что диктует необходимость диспансерного наблюдения беременных с гепатитами В и С акушерами и инфекционистами.

В качестве дополнительных критериев активности гепатитов В и С беременных рекомендовано исследование иммунного статуса. С учетом полученных данных о влиянии на основные патогенетические механизмы Вобэнзима® и Виусида, доказано, что эти препараты эффективны в комплексной терапии HBV- и HCV- инфекции у беременных и снижают риск осложнений гестационного процесса.

Разработаны и внедрены практические рекомендации по тактике ведения беременных с гепатитами В и С в зависимости от фазы течения заболевания и сроков гестации.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Мирзаабдуллахожиева О.У.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение хронического гепатита В во время беременности представляется крайне сложной задачей. Несмотря на проводимую иммунопрофилактику, значительная доля детей, рожденных от матерей с высокой вирусемией, оказывается инфицированной вирусом гепатита В. Накопленные данные позволяют предположить, что противовирусная терапия в III триместре беременности является эффективным вмешательством при неудачной иммунопрофилактике. Для минимизации воздействия на плод аналогов нуклеотидов и нуклеозидов противовирусная терапия во время беременности должна назначаться матерям с высоким риском прогрессирования заболевания и/или декомпенсации инфекции, обусловленной вирусом гепатита В.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве часто болели и перенесли по несколько детских инфекций. Наиболее частыми у взятых нами на учет беременных были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) - 15,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) -13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А. При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ, в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих первобеременных было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%. Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Особенности течения настоящей беременности свидетельствовали, что каждая вторая беременная не состояла на учете по беременности в женской консультации (33, или 44%). У пациенток исследуемой группы в большинстве случаев беременность протекала на фоне различных осложнений. Наиболее часто в ранние сроки встречались: угроза прерывания беременности - 17,2% случаев, ранний токсикоз - 21 беременная (28%), анемия беременных -6 (8%) случаев. Неосложненное течение первой половины беременности наблюдалось у 32 женщин (42,7%). Фазы обострения вирусного гепатита в первой половине беременности не наблюдалось ни у одной пациентки.

Вторая половина беременности протекала на фоне угрозы прерывания беременности у 10 (13,3%) пациенток, анемия наблюдалась в 38,7% (29 женщин) случаев, умеренная преэклампсия выявлена у 25 беременных (33,3%). Нарушения со стороны мать-плацента-плод (гемодинамические нарушения, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП)) диагностированы у 19 беременных (25,3%), многоводие - у 6 (8%) пациенток, маловодие -у 5 (6,7%). Диагноз «холестаз» был выставлен 2 женщинам - 2,7%, обострение ВГС с ухудшением общего состояния наблюдалось у 1 беременной - 1,3%. У 16 (21,3%) женщин течение второй половины беременности протекало без осложнений.

Данные серологического и биохимического исследования крови исследуемых женщин показали, что у 25 (33,3%) беременных был выявлен HbsAg, у 49 (65,3%) женщин обнаружены антитела к вирусному гепатиту С, у 1 женщины определены HbsAg и антитела к вирусному гепатиту С (1,3%).

Вывод. Противовирусная терапия у беременных остается сложной задачей и требует индивидуальной и детальной оценки рисков лекарственного воздействия на плод в сопоставлении с преимуществами лечения. К положительным эффектам противовирусной терапии можно отнести существенное снижение случаев передачи вируса гепатита В от матери плоду у пациенток с высокой вирусемией, а также обеспечение терапевтического контроля хронического гепатита

В качестве профилактики прогрессирования фиброза/цирроза печени. Наконец, использование противовирусной терапии в сочетании с иммунопрофилактикой рожденных детей представляется оптимальной стратегией для реализации в качестве универсальной программы, так как успех такого вмешательства может внести значительный вклад в достижение конечной цели - глобальной ликвидации вирусного гепатита В.

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИННИГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА УНИНГ АХОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИГА ҚАРШИ ҲАРАКАТЛАРИ ТЎҒРИСИДА

*Мирзаева З.У., Ганиева М.Ш., Хонкелдива Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Коронавирус инфекциясининг худудимизга кириши ва аҳоли орасида тарқалишининг олдини олиш мақсадида давлатимиз томонидан мақсадли ва режали ҳаракатлар амалга ошириб келинмоқда.

Материал ва натижалар. Бу муаммо бўйича бутун дунё мамлакатлари қаторида Ўзбекистон Республикаси Президенти мухтарам Мирзиёев Шавкат Миромонович ҳам мамлакатимизда ушбу вирус тарқалишининг олдини олиш учун ўз вақтида оқилона дастур ишлаб чиқди ва ҳамма ишлаб чиқариш ташкилотидан бошлаб олий ўқув, ўрта махсус ўқув юртлирини, мактаб ва мактабгача таълим муассасаларини, катта бозор ва савдо масканлари фаолиятини онлайн режимига ўтказиб аҳоли бир-бири билан мулоқат қилишини чегаралаб карантин эълон қилди. Ҳамда бошқа мамлакатларга ишлаш ва ўқишга, малака оширишга чиқиб кетган ҳамюртларимизни жуда катта маблағ эвазига қўшимча рейслар ташкил этиб мамлакатимиз худудига олиб кириб барча четдан келган юртимиз фуқароларини Республикаимизни сихатгоҳларида 14 кун мобайнида кузатув ишларини амалга ошириб, уларда аниқланган короновирус аломатларини нуфузли тиббиёт муассасаларида алоҳида даволаб, барчасини ўз оилалари бағрига боришларига мувофиқ бўлинди. Коронавирус пандемиясини бартараф этишда Республикаимизнинг барча юридик мақомига эга бўлган прокуратура ва ички ишлар вазирлиги ҳамда фавқулотда ҳолат вазирлиги, йўл патрул хизматчилари, журналист ва матбуотчилар барчаси онлайн орқали мулоқат қилиб беморларни соғайтириш учун ўз оиласи, бола чақалари, ҳузур -ҳаловатини кўзламаган шерюрак шифокорларимизга беморларни соғайтириб ўз уйларига соғ саломат юборишларига катта ёрдам беришяпти. Шунингдек аҳоли орасида кам таъминланган хонадонларга юрт бошимиз раҳнамолигида ҳар хил йўллар орқали уларнинг хонадонларига пул ва озиқ -овқат маҳсулотлари етказиб берилмоқда, бу ишга бутун Ўзбекистондаги ташкилот, корхона ва олий ўқув юртлири қаторида бизнинг жамоамиз ҳам самиймий муносабатда иштирок этиб келмоқда.

Коронавируснинг олдини олиш учун профилактик ишлар биринчи навбатда, аҳолининг ушбу касаллик тўғрисидаги хабардорлигини оширишга қаратилди. Ушбу мақсадда барча ўқув масканлари, умумтаълим мактабларидан тортиб то олий ўқув юртлирининг ўқув дастурлари онлайн тизимида ўтказилиб, режа бўйича барча курс талабаларига ўзининг юқламалари бўйича сифатли онлайн дарслар ташкил этилган. Шу мақсадда аҳоли орасида “Коронавирус касаллигининг олдини олиш” мавзусида онлайн суҳбатлар ўтказиш, маърузалар ўқиш савол-жавоблар, радио эшиттириш ва телекўрсатувлар ташкил қилинди ва бу жараёни боришида бизнинг жамоамиз ҳам олдинги сафларда қатнашиб келмоқда. Поликлиникалар қошида тиббиёт фанининг охириги ютуқлари амалиётга киритиб келинмоқда. Масалан: ҳар бир иситма билан келган беморлар томоғидан суртма олиниб, уларни ўз вақтида Вилоят санитария эпидемиологик станциясига зудлик билан юбориб, таҳлиллар ўтказиш ва мусбат чиққан таҳлил егаларини алоҳида назоратга олиш, уларни мулоқат қилган шерикларини карантинга олиш ишлари сифатли олиб борилмоқда. Замонавий таҳлилий текширишлар касалликни эрта даврларида аниқлаш билан бир қаторда, ушбу вирус туфайли жароҳатланган иммун тизим ҳолатини баҳолаш имконини бермоқда.

Хулоса. Шунинг учун бу вирусни батомом юқиши ва аҳоли орасида тарқалишининг олдини олиш учун барча давлат ва нодавлат ташкилот, муассасалар ҳамда аҳолини барча қатлами фаол қатнашиши зарур.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Юлдашев М.А., Юлчиев К.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Деформации грудной клетки среди детского населения могут быть врожденными и приобретенными. Наиболее частой врожденной деформацией является воронкообразная и килевидная, а также изолированные деформации в виде расщепления, сращения, западения, аплазия ребер.

Причиной приобретенных деформаций могут быть заболевания легких, рахит, травмы а также операции на сердце. По мнению большинства авторов, различные деформации представляют собой не только косметический дефект, но и причину функциональных нарушений со стороны органов дыхания и сердца, иногда и нарушений психики. Основным методом лечения является оперативная коррекция грудной клетки. Но на фоне сопутствующих заболеваний (пневмония, бронхит, аденоиды, нарушений обменных процессов) корригирующая торакопластика представляет большой риск.

Цель. Разработка реабилитационных мероприятий до и после корригирующей торакопластики.

Материал и методы. В клинику детской хирургии нами было госпитализовано 185 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Из них у 160 больных детей врожденная воронкообразная деформация грудной клетки, у 25 детей килевидная деформация. По полу соответственно мальчиков и девочек 3:1. По степени воронкообразной II-степень у 125 детей, III-степень у 35 детей. Килевидная деформация по типу распределилась: манубриокостальный – 10, корпорокостальный – 8, костальный тип у 7 детей. У всех детей, кроме косметического дефекта, отмечались быстрая утомляемость, одышка. У детей более старшего возраста отмечались загрудинные боли. При обследовании у 90% больных были выявлены хронический бронхит, аденоиды, тонзиллит. У детей в дальнейшем наблюдалась склонность к нарушению психического статуса, как: недовольства внешним видом, застенчивость, апатия, ограниченность общения со сверстниками и т.д.

С учетом состояния больного до операции были проведены реабилитационные мероприятия. Все больные в догоспитальном периоде были подвергнуты оториноларингологическому обследованию и лечению, общеукрепляющей и антибиотикотерапии, а также курсу психотерапии. Реабилитационный период в среднем составлял 25-30 дней в амбулаторных условиях. В результате проведения комплекса мер улучшилось общее состояние, повысилась сопротивляемость организма, увеличилась масса тела, улучшение показателей дыхания и сердца, что является основным критерием подготовки больного к оперативному лечению.

Вывод. Таким образом, у детей с врожденной деформацией грудной клетки часто наблюдаются сочетанные патологии со стороны ЛОР-органов и дыхания. Проведение реабилитационных мер до оперативного лечения является залогом успеха лечения и профилактики осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Кадиров К.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Деформации грудной клетки бывают врожденными и приобретенными. Причиной возникновения деформации грудной клетки могут быть заболевания легких, рахит, травмы, а также операции на сердце. Наиболее частой врожденной деформацией является воронкообразная и килевидная, характеризуется вдавлениями грудины и ребер на передней грудной стенке. В зависимости от степени выраженности воздействует на функцию легких и сердца. При килевидной деформации отмечается выступание грудины вперед с западением ребер по её краям. В отношении диагностики, лечение этих видов деформации в литературе изложено относительно достаточно.

Среди разновидностей деформации особое место занимают изолированные деформации ребер, расщепление, сращение, аплазия, западения ребер, реберно – мышечные деформации (Синдром Поланда).

Цель. Изучить и оценить клиническое состояние при аномалиях развития различных видов деформации грудной клетки для определения тактики лечения.

Материал и методы. В клинику детской хирургии за последние 10 лет были госпитализированы для обследования и лечения 90 детей с различными видами изолированных деформаций грудной клетки в возрасте от 1 года до 14 лет. Мальчиков – 59, девочек – 31. По разновидности деформации грудной клетки у 52 детей было в виде экзостозов 3-4 ребер в парасеральной зоне. Из них у 40 - односторонний, у 12 - двухсторонний. Западение отдельных ребер у - 23, из них у 14 - односторонние, у 9- двухсторонние. Сращение ребер между собой у 6 детей. Синдром Поланда у 1 больной 3 года, которая характеризовалась недоразвитием большой и малой грудной мышцы с деформацией 2-х и отсутствием 1-го ребра слева. В одном случае из-за недоразвития 3-х ребер справа наблюдалось выпячивание печени с диафрагмой через образовавшийся дефект.

Жалобы при поступлении, в основном, на косметическое нарушение. Всем больным детям было проведено соответствующее клиническое обследование и после предварительной подготовки произведена изолированная торакопластика, направленная на устранение этих дефектов грудной стенки. В последнем случае была произведена мышечно – диафрагмальная пластика смещением ребер. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

В отдаленные сроки у 14-летнего больного операция по поводу изолированного западения 2-х ребер не дала эффекта, была произведена повторная коррекция. В остальных случаях результаты признаны хорошими.

Вывод. Таким образом, у детей довольно часто встречаются различные изолированные деформации грудной клетки, требующие хирургической коррекции. Выполнение коррекции в более ранние сроки исключает различные осложнения.

ВЛИЯНИЕ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА НА ГЕМОДИНАМИКУ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

*Муминова Н.Х., Каримова Г.К.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Бухарский медицинский институт*

В последние годы появились сообщения о возможной роли оксида азота в регуляции сосудистого сопротивления и давления крови в маточно-плацентарном комплексе что обеспечивает адекватный плацентарный кровоток, питание и оксигенацию плода. Также известно, что оксид азота(NO) расслабляет гладкую мускулатуру матки, что поддерживает состояние покоя матки во время беременности, действует в качестве иммуносупрессора и участвует в регуляции родов.

По мнению многих авторов, ключевым звеном в патогенезе данного состояния лежит генерализованная дисфункция эндотелия, в результате которой наблюдается дисбаланс между сосудорасширяющими аутокоидами - оксидом азота, простаглином, эндотелиальным релаксирующим факторами.

Цель исследования. Изучение влияния донаторов NO на гемодинамические изменения в системе мать-плацента-плод, функциональное состояние эндотелия при нарушении плодово-плацентарного кровотока, а также клиническая оценка исходов беременности и родов при НМППК.

Материалы и методы. Были обследованы 107 женщин в III триместре беременности и в возрасте $25,2 \pm 0,5$ лет, с нарушением (ФПК) 1-й и 2-й степени верифицированной методом доплерометрии.

В качестве экзогенного донатора азота нами был применен L- аргинин 500, по 1 капх2 раза в сут, в течении 15 дней.

Помимо этого нами были учтены все причины МППК: вялотекущая инфекция, ИППП, ИМТ, соматическая патология такие как анемия, осложнения беременности-преэклампсии легкого течения, которые смогли спровоцировать гиперкоагуляцию в системе гемостаза.

Беременные субъективно ощущали бурное шевеление плода, которое за 12 часов превышало более 20 раз, что также косвенно указывало на внутриутробную гипоксию плода.

Гемастазиограмма: АЧТВ в среднем составили $23,9 \pm 0,2$ сек, МНО- $1,05 \pm 0,01$, фибриноген $4,2 \pm 0,7$ г/л, свидетельствовали о гиперкоагуляции.

В связи с чем наряду с L-аргинином назначали Курантил по 25 мг 3 раза в сут., антибактериальные препараты общего и местного действия, системную энзимотерапию (Вобензим) и по показателям гемастазиограммы антикоагулянты (Кардиомагнил по 75 мг в сут, Фраксипарин по 0,3 в сут.)

После начала курса терапии, уже к концу 2-х суток беременные отмечали улучшения общего самочувствия, количество шевелений плода уменьшалось, боли тянущего характера, парестезии исчезали.

Лабораторные показатели: показатели АЧТВ в среднем составили $30,1 \pm 0,6$ сек, МНО- $0,7 \pm 0,01$, фибриноген $3,8 \pm 0,5$ г/л.

Выводы. L-аргинин является эффективным донатором NO может быть рекомендован как органический вазодилатор и может быть рекомендован в комплексной терапии при нарушениях кровотока в плодово-плацентарном комплексе.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Муминова Н.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Микронизация прогестерона с заключением его в носители липосферы увеличивает степень абсорбции и решает проблему биодоступности прогестерона. Примером препарата микронизированного прогестерона является препарат Лютеина- натуральный прогестерон для сублингвального и вагинального применения. Как утверждают ведущие специалисты в области акушерства и гинекологии натуральный прогестерон обладает с высокой степенью биодоступности и множеством преимуществ по сравнению с другими формами гестагенов.

Целью нашего исследования было определить эффективность сублингвального натурального прогестерона при купировании угрозы самопроизвольного выкидыша, обусловленные различными причинами.

Нами было назначено 96 беременным в сроках от 4 недель до 11 недель идентичный аналог натурального прогестерона Лютеина (Адамед, Польша), сублингвально в дозах 100 мг в сутки. Возраст беременных составил в среднем- $24,5 \pm 0,7$ лет.

Для мониторинга эффективности Лютеина нами был исследован такой маркер как NK-лимфоциты с фенотипом CD56+, который относится к группе натуральных киллеров (NK-клетки) – популяция больших гранулярных лимфоцитов. Они способны лизировать клетки-мишени, инфицированные вирусами и другими внутриклеточными антигенами, опухолевые клетки, а также другие клетки аллогенного и ксеногенного происхождения и вырабатывается в децидуальной оболочке специфический блокирующий фактор, индуцируемый прогестероном (PIBF) фактором. Нормальные показатели CD56+ составила от 6,5 до 8,2 (в среднем $7,9 \pm 0,7$ мг%). При нормальных значениях данного маркера мы

Эффективность Лютеина оценивали по клинике (исчезали такие симптомы как боли внизу живота, дискомфорт), а показатель CD56+ оставался в пределах нормы. При начавшихся угрозах выкидыша CD56+ начинал снижаться до на 1,2-15 мг.

При присоединении других осложнений (манифестация инфекции ИППП-таких как ЦМВИ и ВПГ) 27 беременные были хроническими носителями) показатель повышался, достигая до $9,1 \pm 0,5$ мг%.

Рекомендуемые дозы Лютеина благотворно влияли на течение беременности, на рост эмбриона, без побочных действий. Из 96 беременных на фоне лечения, даже с соматической и инфекционной мы смогли купировать Лютеиной повышая дозу ее до 200 мг в сутки, что оказался успешным шагом, и способствовала пролонгированию желанной беременности.

Таким образом, нами рекомендуемый натуральный прогестерон способствует выработке PIBF и играет важную роль в обеспечении нормального течения беременности и является своеобразным протектором беременности. Лютеина позволяет беременности достигать своих физиологических сроков путем подавления сократительной активности матки

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ У ДЕТЕЙ - ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ

Мухтермова В.Н., Медведева Н.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. В условиях эпидемиологического напряжения по туберкулезу риск заражения детей, особенно с ВИЧ инфекцией, нарастает (Аксенова В.И., 2014). По данным ВОЗ, около 70% ВИЧ инфицированных страдают туберкулезом, и 32% из их числа погибают от туберкулеза. Установлено, что во всех странах мира туберкулез является наиболее частой инфекцией, регистрируемой у больных СПИДом.

Однако, у детей с наличием ВИЧ инфекции трудно диагностировать туберкулез, так как при наличии двух инфекционных процессов часто регистрируется отрицательная реакция на туберкулин и отсутствуют микобактерии туберкулеза (МБТ) в мокроте. При этом, в патологический процесс вовлекаются лимфатическая система, нарушается обмен веществ, наблюдается длительный субфебрилитет.

Цель исследования. В связи с этим, изучение особенности течения туберкулеза у детей с ВИЧ инфекцией является актуальным вопросом современной фтизиопедиатрии.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы истории болезни 26 детей, пролеченных в детском отделении клиники РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии за 2018 год, с наличием ВИЧ инфекции и

внутригрудного туберкулеза. Возраст обследованных колебался от 1 года до 14 лет, 20 (77,0%) из них были в возрасте от 2 до 6 лет. Девочек было 9 (35,0%), мальчиков - 17 (65,3%).

Для диагностики ВИЧ инфекции наряду с иммуноферментным анализом (ИФА) использовали два показателя - концентрация вируса и число СД клеток в сыворотке. Следует указать, что у 20 (77,0%) детей туберкулез был выявлен при профилактическом обследовании ВИЧ инфицированных детей, лишь у 6 (23,0%) - ВИЧ инфекция установлена в процессе противотуберкулезной терапии.

По уровню СД клеток больные были разделены на 2 группы. В 1 группу включены 12 детей с незначительным снижением уровня СД клеток, а во 2 - 14 детей с прогрессирующей тяжелой степенью иммунодефицита (табл.1). Диагностическое обследование включало рентген-томографические, бактериологические, инструментальные и патоморфологические методы.

Результаты исследования. По результатам исследований диагностированы различные формы локального туберкулеза. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов 7(27,0%); первичный туберкулезный комплекс 2 (7,6%); диссеминированный туберкулез легких 9 (34,6%); генерализованный первичный туберкулез 5 (19,2%); туберкулез периферических лимфатических узлов 3 (11,5%). Ограниченные формы внутригрудного туберкулеза в 2 раза чаще регистрировались у детей в 1 группе с умеренным иммунодефицитом ($41,6 \pm 9,9\%$ и $14,2 \pm 10,5\%$).

Характеристика клинического течения сочетанной инфекции у обследуемых детей:

У всех детей с ТБ/ВИЧ, независимо от группы, установлено наличие генерализованной аденопатии и гепатомегалии.

Увеличенные периферические лимфоузлы (шейные, подмышечные, паховые) были эластичной консистенции, размером от гороха до куриного яйца, без признаков аденита и не сливались в конгломераты. Причем, во 2 группе размеры лимфоузлов 5 см. и более регистрировались в 2,5 раза чаще, чем у детей из 1 группы.

Увеличение печени у обследуемых детей варьировало от 2 до 15 см. Более выраженная гепатомегалия с увеличением печени на 5 см и более в 5 раз чаще наблюдалась в группе детей с тяжелой иммуносупрессией.

Дефицит веса наблюдался у 24 обследуемого ребенка (92,3%) и имел прямую зависимость от степени иммунодефицита. Более тяжелая степень гипотрофии чаще наблюдалась у детей из 2 группы.

Кардиопатия регистрировалась у 18 детей (69,2%), проявляющаяся в виде увеличения размеров сердца, приглушения первого тона, систолического шума и тахикардии, которые возникали на фоне инфекционного или токсического миокардита.

На ЭКГ у всех обследуемых с клиническими признаками кардиопатии отмечены синусовая тахикардия и нарушение проводимости. Указанные симптомы в 2,7 раза чаще регистрировались во 2 группе, чем в 1 группе ($88,9 \pm 5,3$ и $33,3 \pm 11,1\%$).

Повышенная температура тела у 17 (65,3%) детей с ТБ/ВИЧ характеризовалась непостоянным, длительным субфебрилитетом. Уровень повышения температуры также имел зависимость от характера специфического воспаления. При осложненных, распространенных формах заболевания отмечался повышение температуры до $38-40^{\circ}$, а при ограниченных - до 38°C . Данный симптом в 2 раза чаще регистрировался во 2 группе наблюдения.

Отставание в физическом и психомоторном развитии, чаще отмечалось у детей дошкольного возраста. Задержка роста в 1,4 раза чаще наблюдалась в группе детей с выраженным иммунодефицитом.

Катаральные изменения в легких зарегистрированы у 10 детей (38,4%) при поступлении и отмечались, в основном, у детей из 2 группы 9 (34,6%).

Сдвиги в гемограмме в виде снижения уровня гемоглобина отмечены у 23 (88,4%) обследуемых детей; умеренный лейкоцитоз в пределах 8-12 тыс. - у 15(57,6%); нейтрофильный сдвиг влево - у 17 (65,3%); ускоренная СОЭ в пределах 20-70 мм/час - у 96,2% детей. При этом более выраженные сдвиги выявлены у детей из 2 группы обследования.

У 3 (11,5%) детей обнаружены микобактерии туберкулеза в мокроте. Результаты пробы Манту с 2ТЕ оказались отрицательными у 21 (80,7%) больных детей. Лишь у 5 детей из 1 группы наблюдалась реакция на туберкулин размером 5-10 мм.

Рентгенологические сдвиги были тесно связаны с характером развившегося патологического процесса. Однако у детей из 2 группы характер поражения внутригрудных лимфоузлов был более выражен, и в 2 раза превышал объем поражения у детей из 1 группы.

Помимо этого, у 16 (61,5%) детей с сочетанной патологией установлено осложненное течение туберкулеза: у 6 (23,0%) больных - ателектаз отдельных сегментов легких, у 4 (15,3%) - плеврит, у 7 (27,0%) - очаги обсеменения в легочной ткани. При этом следует отметить, что различные осложнения часто сочетались у одного и того же больного.

Выводы. Таким образом, клиническое течение ТБ/ВИЧ у детей отличается многогранностью клинических признаков заболевания с преобладанием общего интоксикационного синдрома.

В связи с высокой частотой полилимфаденопатии на фоне интоксикационного синдрома дети с ВИЧ инфекцией требуют проведения тщательного рентгенологического и томографического исследования.

БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

*Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К.
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги вақтда бачадон бўйни касалликлари муаммоси гинекологияда муҳим ўрин эгаллайди. Бачадон бўйни касалликлари диагностикада ва даволашдаги қўлаб ютуқларга қарамадан, бу касалликлар умумий гинекологик касалликлар орасида долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Ишнинг максади. Бачадон бўйни касалликларининг учраши, гинекологик ва соматик анамнезини ретроспектив таҳлилини урганиш.

Материал ва текширувлар. Ретроспектив гуруҳ таркибига турли хил бачадон бўйни патологияси аниқланган 92 та аёл кириб, улар Бухоро вилоят перинатал маркази ҳамда №5 ва №6 оилавий поликлиникага 2017-2019 йилларда

мурожаат қилган аёлларни анамнезтик анкета очиб, касаллик давомийлиги ҳамда, бактериологик, цитологик ва кольпоскопик текширувдан ўтган беморлар текширилган.

Олинган натижалар. Ретроспектив гуруҳ таркибига турли хил бачадон бўйни патологияси аниқланган 92 та аёл кириб, улардан 33 таси шаҳар аҳолиси 35,9% ва 59 таси қишлоқ аҳолисида яшовчи аёллар бўлиб у 64,1% ини ташкил этади. Ёш жиҳатдан: аёлларнинг 26 ёшдан 30 ёшгача ретроспектив гуруҳда (27,3±0,2) улуши 31,1% ни (29 та аёл), 21 дан 25 ёшгача (22,8±0,3) бўлган аёллар (24 та) 26% ни ташкил қилди.

Гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси ўрганилганда, экстрагенитал касалликлар структурасида кўп учрайдиган патология болаликдаги ва ўсмирликдаги камқонлик сабабдир. Бу кўрсаткич ретроспектив гуруҳда 55,4% ни (51 та аёл) ташкил қилди. Қалқонсимон без касаллиги патологияси эпидемик зоналарда кенг тарқалган бўлиб, у бу гуруҳдаги аёлларни 40,3% ида (37 та аёл) учради.

Ретроспектив гуруҳ таркибидаги аёлларни гинекологик характеристикаси ўрганилганда, бачадон бўйни касалликларининг катта фоизини цервицитлар ташкил этди. Бу кўрсаткич бўйича гуруҳдаги аёлларни 27,1% ни (25 та аёл) ташкил қилди. Эрозия ва псевдоэрозия бачадон бўйни касалликлари орасида учраши бўйича иккинчи ўринда турибди. У учраши бўйича гуруҳдаги аёлларни 19,6% ни яъни 18 та аёлда учради. Диагностик текширишларда бачадон бўйни полипи ретроспектив гуруҳда 3,3% ини (3 та аёл) да учрайди. Эндометриоз касаллиги бу гуруҳдаги аёлларнинг 5,4% ни (5 та аёлда) аниқланган. Бачадон бўйни, вулва ва кин қисмидаги инфекцион патологик ўзгаришлар орасида герпетик тошмалар аниқланди. Герпетик тошмалар бу гуруҳдаги аёлларнинг 14 тасида (15,2%) да учради. Бачадон бўйнининг чандикли ўзгаришлари бу гуруҳда 5 та аёл (5,4%) да аниқланди. Бачадон бўйни эритроплакияси бу гуруҳдаги аёлларнинг 11 тасида учраб, у 12 % ини ташкил этди. Амбулатор карталарни ўрганишлар натижасида лейкоплакияларни учраши ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 2 та, яъни 2,2% ини ташкил қилди.

Хулоса: Шундай қилиб, бачадон бўйни фон касалликларини эрта аниқлаш ва ташхислашнинг энг самарали усуллари бўлиб батафсил йиғилган анамнез, кольпоскопия ва кин суртмасини бактериоскопик текшириш усуллари ҳисобланади. Демак, бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари репродуктив ёшдаги аёллар ичида (27,1%), қишлоқда яшовчилар (64,1%), тиббий кўрикда бачадон бўйни эрозияларни эрта кольпоскопик ташхислашда (19,6%) аниқланган. Тиббий кўрикларни мунтазам ташкил қилиш, яллиғланиш касалликларни патогенетик даволаш, рақ олди касалликларни эрта аниқлаш ва профилактика ўтказиш онкологик касалланишни олдини олади.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ И ПУТИ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

Наджмитдинова Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Как показали исследования различных форм ПЗ, в развитых странах частота возникновения полного ПЗ составляет приблизительно 1–3 на 1000 беременностей, частоту частичного ПЗ также около 3 на 1000 беременностей[1].

Поэтому ранняя диагностика и профилактика ПЗ сохраняет репродуктивную жизнь женщины детородного возраста.

Цель исследования. Изучение состояния заболеваемости ПЗ и пути её профилактики в Андижанской области Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования. Истории болезни 30 пациентов гинекологического отделения областного перинатального центра г.Андижан в возрасте от 20 до 35 лет с первоначальным диагнозом «Пузырный занос»(ПЗ).Были проанализированы семейный анамнез, основные и сопутствующие заболевания пациентов, результаты инструментальных, лабораторных и гистологических исследований.

Результаты. Из 30 пациентов с первоначальным диагнозом ПЗ, из которых 96,90% составили ПЗ, 0,8% - ХК. Среди случаев ПЗ 76,4% были полным ПЗ, 23,6% - частичный ПЗ. Общим клиническим симптомом было влагалищное кровотечение, признаки раннего токсикоза.

Выводы. Исследования показали сильную корреляцию между дефицитом питания матерей во время зачатия их дочерей и развитие ПЗ во время беременности этих дочерей в дальнейшем[2]. Причины повышения уровня заболеваемости требует дальнейшего изучения.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛЕГКИХ В ОРИТ

Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Высокая частота проблем с дыхательной системой у недоношенных младенцев связана с тем, что у таких малышей не успевает созреть система сурфактанта. Так называют вещества, которые покрывают альвеолы легких изнутри и не дают им слипаться во время выдоха. Они начинают образовываться в легких плода с 20-24 недель беременности, но полностью покрывают альвеолы лишь к 35-36 неделе. Во время родов сурфактант синтезируется особенно активно, чтобы легкие новорожденного сразу же расправились и малыш начал дышать.

Целью исследования явилось определение эффективности применения препарата сурфактанта «Курсурф» у новорожденных с тяжелым повреждением легких. Поражение легких у новорожденных — самая частая причина заболеваемости и смертности новорожденных детей. Нередко заболевание протекает по схеме РДС — пневмония — БЛД.

Материал и методы исследования. Проводилось обследование у 46 новорожденных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии. Состояние у 90 % детей при поступлении расценено как крайне тяжелое, у 10 % —

как тяжелое. Тяжесть состояния определялась полиорганными нарушениями. У всех новорожденных ведущими в клинической картине были симптомы дыхательной недостаточности тяжелой степени, что требовало проведение ИВЛ. Верификация диагноза проводилась на основании совокупности клинических и рентгенологических данных.

Результаты. Клиническая эффективность применения «Куросурфа» оценивалась по улучшению аускультативной и рентгенологической картины в легких. Отмечалось снижение длительности пребывания больных новорожденных на ИВЛ, длительность пребывания в ОРИТ и развития осложнений основного заболевания. Пациенты с пневмонией быстрее снимались с ИВЛ и в последующем переводились на NCPAP. У доношенных

детей с САМ тяжелой степени экстубация проводилась через 5 суток, в последующем спонтанное дыхание было адекватным, что позволило перевести этих пациентов ОПН. Развитие ранних осложнений при применении сурфактанта «Куросурф» таких как синдром утечки воздуха,

периинтравентрикулярное кровоизлияние, легочное кровотечение не отмечалось ни в одном случае. Катамнез детей, обследованных в данном

исследовании, находится в стадии изучения.

Выводы. В результате установлено, что отсроченное лечебное введение сурфактанта «Куросурф» у недоношенных новорожденных с РДС, пневмонией, БЛД, у детей с САМ привело к снижению длительности нахождения на ИВЛ, пребывания в ОРИТ. «Куросурф» является эффективным препаратом при лечении синдрома аспирации мекония, пневмонии, что требует проведения дальнейших исследований.

ОБМЕН ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНЫМ ГЕМОГЛОБИНЫМ ЗДОРОВЬЕМ В УСЛОВИЯХ ХАРАКТЕРНОЙ БИОГЕО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ЮЖНОО ПРИАРАЛЯ

Назаров К.Д.

Ургенский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Введение. В настоящее время не подлежит сомнению факт прямого влияния факторов внешней среды на различные системы и функции организма, в свою очередь, совокупность таких факторов-климатических, экологических, антропогенных и др. определяет характер той или иной биогеохимической зоны. В этом аспекте регион южного Приаралья Узбекистана представляет собой интерес для исследования, т.к. данный регион традиционной считается зоной экологического неблагополучия, обусловленного усыханием Аральского моря и связанного с этим экологического катаклизма, происходящего в этом регионе, что обуславливает высокую заболеваемость среди детей различными заболеваниями, в том числе и заболеваниями кроветворной системы.

Цель исследования - изучить обмен железа у условно здоровых детей дошкольного возраста, постоянно проживающих в городских и сельских условиях Хорезмской области Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования. Методом случайного бесповторного отбора обследовано 37 детей дошкольного возраста обоего пола, проживающих в г.Ургенче и 33 детей, проживающих в сельском районе. Всего было обследовано 70 детей с нормальным гемоглобиновым здоровьем, т.е. с уровнем гемоглобина не ниже 120.0 г/л. Определяли уровень сывороточного железа, содержание трансферрина в сыворотке крови с расчетом насыщения его железом.

Результаты и обсуждение. Отмечено, что существуют достоверные различия в показателях обмена железа у детей, проживающих в городских и сельских условиях. Так, уровень общего гемоглобина у мальчиков и девочек-жителей города достоверно выше, чем у детей сельской местности- 125.0 ± 0.9 г/л и 122.0 ± 0.7 у мальчиков ($p < 0.05$) и 124.8 ± 0.6 г/л и 121.1 ± 0.5 г/л ($p < 0.001$) у девочек. Средний уровень сывороточного железа у мальчиков и девочек, живущих в городе выше, чем у детей сельской местности- 12.7 ± 0.2 мкмоль/л и 11.5 ± 0.24 мкмоль/л у мальчиков ($p < 0.001$) и 13.3 ± 0.4 мкмоль/л и 11.6 ± 0.4 мкмоль/л у девочек ($p < 0.01$). Содержание иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови у детей сельской местности достоверно выше, чем у городских детей- 3.32 ± 0.03 г/л и 3.48 ± 0.05 г/л у мальчиков ($p < 0.01$) и 3.30 ± 0.02 г/л и 3.50 ± 0.04 г/л у девочек ($p < 0.01$). Такой феномен имеет место на фоне меньшей насыщенности общего пула трансферрина железом, что отрицательно сказывается на снабжении эритронов железом, а это, в свою очередь, манифестирует более низким уровнем гемоглобина в крови у сельских детей, чем у городских.

Выводы. Обмен железа у детей дошкольного возраста, различающихся условиями проживания в биогеохимически неблагоприятной зоне южного Приаралья, имеет свои особенности, так обмен железа у детей сельской субпопуляции носит более напряженный характер, т.е. они подвержены большему риску развития у них железодефицита.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА СОСУДОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эндометриоз — хроническое воспалительное гормонально зависимое заболевание, характеризующееся патологической пролиферацией со стороны эндометрия, нервных волокон, кровеносных сосудов, фибробластов и т.д., сопровождающееся иммунологическими нарушениями. Факторы роста составляют основу межклеточной коммуникации, ауто- и паракринной регуляции. В работе представлен данных об изменении экспрессии ряда ростовых факторов у пациенток с эндометриозом, взаимосвязи ростовых факторов с гормональными изменениями в норме и при патологии и предполагаемой роли в патогенезе заболевания.

Цель исследования. Целью работы явилось изучение динамики сосудистого эндотелиального фактора роста при комплексном лечении эндометриоза.

Материалы и методы исследования. На базе гинекологического отделения АОПЦ города Андигана проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и лечение 52 пациенток, в том числе 24 женщины с трубно-перитонеальным бесплодием без признаков Э, а также 27 пациенток, у которых по результатам лапароскопии был диагностирован Э. Пациенткам обеих групп проводили определение VEGF проводили в образцах сыворотки крови методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы VEGF – БЕСТ.

Результаты исследования. Оценивали динамику клинических признаков заболевания после проведенного лечения в течение 12 мес., а также уровни VEGF у пациенток обеих групп до и после лечения через 3, 6 и 12 мес. Установлено, что до лечения уровни VEGF были повышены у пациенток с Э и составили $25,4 \pm 5,7$ пг/мл, в то время как в группе женщин без признаков Э концентрация фактора была достоверно ниже ($p < 0,05$) – $8,2 \pm 1,2$ пг/мл. Дальнейшее наблюдение показало, что после комплексного лечения эндометриоза у пациенток с Э было выявлено статистически значимое снижение уровня VEGF (до $12,4 \pm 3,2$ пг/мл через 6 мес и до $9,6 \pm 2,0$ пг/мл спустя 12 мес), на фоне которого наблюдалось снижение выраженности признаков заболевания: уменьшение выраженности болевого синдрома и метроррагий. Побочных эффектов проведенного лечения отмечено не было. Таким образом, повышенная концентрация VEGF в сыворотке крови больных эндометриозом до лечения подтверждает, что изменения этого маркера могут служить патогенетическим связующим звеном между степенью тяжести эндометриозного процесса и выраженностью эндотелиальной дисфункции.

Вывод. Проведено изучение динамики концентрации сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) у больных эндометриозом в ходе их лечения. Продemonстрировано повышение уровня VEGF до начала лечения у женщин с эндометриозом по сравнению с пациентками без признаков этого заболевания. Установлено, что снижение клинической выраженности признаков эндометриоза сопровождается снижением концентрации VEGF на фоне комплексного лечения – лапароскопии и приема диеногеста.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Назирова З.М.

Андиганский государственный медицинский институт

Актуальность. Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) - патологические кровотечения, обусловленные отклонениями отторжения эндометрия у девочек-подростков с нарушенной циклической продукции половых стероидных гормонов с момента первой менструации до 18 лет. Частота маточных кровотечений пубертатного периода в структуре гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста варьирует от 10 до 37,3%. Свыше 50% всех обращений девочек-подростков к гинекологу связано с маточными кровотечениями пубертатного периода. Почти 95% всех влагалищных кровотечений пубертатного периода обусловлено МКПП. Наиболее часто маточные кровотечения возникают у девочек-подростков в течение первых 3 лет после менархе.

Цель исследования. Показать эффективность дополнительных методов исследования в диагностике аномальных маточных кровотечений (АМКПП), обеспечивающие подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 100 девочек с аномальным маточным кровотечением пубертатного периода. Основываясь на критериях, толщины эндометрия, размеры матки и яичников, полученные при выполнении УЗИ органов малого таза, уровень эстрадиола и ЛГ в сыворотке крови, определен тип аномальных кровотечений.

Результаты исследования. Нужно отметить, что в публикациях российских исследователей имелись сведения о гиперэстрогенном и гипоестрогенном типе кровотечения. Однако полученные нами данные свидетельствуют о наличии референтных значений эстрадиола: наибольшей по численности была группа с гипоестрогенным типом (52%); в 35,4% случаев тип аномальных кровотечений расценен как гиперэстрогенный, в нормоэстрогенный 12,6% тип АМКПП. Учитывая выявленный у пациенток тип маточных кровотечений (гипоестрогенные, нормоэстрогенные, гиперэстрогенные), следует признать, что дополнительные методы исследования (УЗИ органов малого таза, ректоабдоминальное исследование, а также гормональное исследование), позволяют с максимальной точностью выбрать с целью гемостаза дифференцированную терапию.

В соответствии с международными клиническими рекомендациями по лечению АМКПП у девочек-подростков наиболее целесообразным и оправданным стало применение монофазных комбинированных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов с содержанием 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела по схеме: $\frac{1}{2}$ (15 мкг этинилэстрадиола + 75 мкг левоноргестрела) таблетки внутрь каждые 4 часа до полной остановки кровотечения с последующим снижением дозы на $\frac{1}{2}$ таблетки в день (от дозы, на которой был достигнут гемостаз) до достижения дозы: 1 таблетка в сутки до 21 дня приема.

Вывод. В ходе проводимого исследования подтверждено соответствие клинических проявлений заболевания уровню эстрогенной насыщенности в каждом случае. Это, в свою очередь, не опровергает возможности предварительного разделения пациенток с данным заболеванием на группы с гипоестрогенным, нормоэстрогенным и гиперэстрогенным типом АМКПП по совокупности антропометрических данных, результатов УЗИ внутренних гениталий. В целом, можно констатировать, что современные методы диагностики и лечения АМКПП позволяют значительно сократить количество необоснованных, излишне агрессивных вмешательств при лечении АМКПП.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Повышение эффективности лечебной тактики при наличии гиперпластических процессов в эндометрии у женщин в перименопаузальном периоде на основе новых клинико-патогенетических аспектов с учетом роли хронического эндометрита.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели и задач проведено проспективное исследование, в которое были включены 149 пациенток, находившихся на стационарном лечении с 2017 по 2019 годы в гинекологических отделениях. Показаниями к госпитализации женщин в стационар явились: маточные кровотечения различного характера (85,6%) и/или наличие эхографических признаков патологических изменений эндометрия (14,4%).

Результаты исследования. Обследованные больные были в возрасте от 45 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил 48,2±2,9 лет. Это обусловлено критерием отбора пациенток и свидетельствует, что патологические процессы в эндометрии формируются в период перименопаузы.

У всех пациенток, поступивших в стационар, изучали анамнестические и объективные данные. В разработанную нами индивидуальную карту обследования заносили следующие сведения: наследственность, перенесенные в детском и юношеском возрасте инфекционные заболевания, конституционные особенности, характеризующие преморбидный фон, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, перенесенные оперативные вмешательства. Кроме того, уточняли особенности и характер менструальной функции: возраст менархе, характер, болезненность, объем менструальной кровопотери. Подробно изучали особенности репродуктивной функции – течение и исход каждой беременности, их осложнения.

Выводы. 1. У пациенток с указанием в анамнезе на высокую частоту внутриматочных манипуляций и наличие хронического эндометрита относительный риск развития ГЭ в 11 и 10 раз выше, чем в популяции, что свидетельствует о наличии выраженной причинно-следственной связи между данными патологическими процессами и развитием заболевания эндометрия. Любое длительное нарушение менструальной функции (>2лет) повышает риск развития ГПЭ в 6 раз, а при наличии ГПЭ в анамнезе риск рецидива увеличивается в 2 раза.

2. Сочетание гиперпластических процессов эндометрия и хронического эндометрита имеет место в 22,9% случаев, а в 15,2% наблюдений диагностируется хронический эндометрит с реактивной гиперплазией.

3. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита и с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года. У женщин с простой и сложной типической и атипической гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномичной клинической симптоматикой отсутствует.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦВЕТНЫМ ДОПЛЕРОВСКИМ КАРТИРОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников, опухолевидные образования представляют собой широко распространенные заболевания, течение которых длительное время может оставаться бессимптомным. Поэтому проблема диагностики и рационального лечения доброкачественных новообразований в органах репродуктивной системы женщин является одной из наиболее актуальных проблем гинекологии. Необходимость пристального внимания к вопросам своевременного выявления доброкачественных опухолей обусловлена также большой вероятностью злокачественного перерождения. Как известно, смертность от рака яичников очень высока и не имеет тенденции к снижению на протяжении последних десятилетий, несмотря на достижения в области химиотерапии.

Цель исследования. Изучение диагностической ценности ультразвукового исследования с цветным доплеровским картированием доброкачественных структурных изменений яичников.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 270 женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников. Основную группу составили 120 женщин с синдромом поликистозных яичников (СПЯ) и 120 – с фолликулярными кистами яичников (ФКЯ), контрольную – 30 здоровых женщин.

Результаты исследования. Ультразвуковое исследование яичников осуществлялось с помощью аппарата «Aloka SSD1700» с использованием трансвагинального датчика с частотой 5,0 МГц. Ультразвуковое исследование проводилось в 5–7-й, 11–13-й, 20–23-й дни менструального цикла до операции и на 2–4 недели и на 3–6 месяцев после лапароскопической операции, при этом объем яичников вычисляли на основании трех измерений по формуле: $V = 0,5236 \times L \times W \times H$, где L – длина, W – ширина, H – толщина.

При проведении УЗИ с ЦДК яичников у женщин с СПЯ до операции, установлено увеличение объема яичников и количества антральных фолликулов, при УЗИ яичников после операции показало существенное сокращение овариального объема с 13,9 см³ до 5,2 см³ и уменьшение числа антральных фолликулов с 15,6 до 11,8. У больных с СПЯ в 100,0% визуализировался единичный кровоток высокой интенсивности, однородного характера. При УЗИ с ЦДК ФКЯ определялся основном однородное и анэхогенное кисты. Использование ЦДК при ФКЯ позволило значительно повысить, точность диагностики с 73% до 98%.

Вывод. Использование эхографического и доплерометрического исследований позволяют детально оценить внутреннюю экоструктуру опухолей и выявить наиболее характерные признаки новообразований, позволяет определить объем и доступ оперативного вмешательства, а также прогноз в отношении сохранения репродуктивной функции.

ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Повышение эффективности лечебной тактики при наличии гиперпластических процессов в эндометрии у женщин в перименопаузальном периоде на основе новых клинико-патогенетических аспектов с учетом роли хронического эндометрита.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели и задач проведено проспективное исследование, в которое были включены 149 пациенток, находившихся на стационарном лечении с 2017 по 2019 годы в гинекологических отделениях. Показаниями к госпитализации женщин в стационар явились: маточные кровотечения различного характера (85,6%) и/или наличие эхографических признаков патологических изменений эндометрия (14,4%).

Критерии включения пациенток в исследование: перименопаузальный период, отсутствие онкологических заболеваний; отсутствие эндокринной патологии (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, ожирение II-III ст); отсутствие острого воспалительного процесса органов малого таза; информированное добровольное согласие пациенток на проведение всех необходимых лечебно-диагностических процедур.

Результаты исследования. Обследованные больные были в возрасте от 45 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил 48,2±2,9 лет. Это обусловлено критерием отбора пациенток и свидетельствует, что патологические процессы в эндометрии формируются в период перименопаузы.

Ведущей жалобой пациенток основной группы и группы сравнения было длительное маточное кровотечение (более 7 дней), возникшее в дни предполагаемой менструации – 50,6% и 51,0% соответственно. Кроме того, в основной группе 45,9% женщин указывали на обильные менструальные кровотечения, при этом длительность нарушения менструального цикла в среднем была более 1,5 лет. В группе сравнения меноррагии встречались реже – в 22,9% случаев, а у большинства женщин (77,3%) менструальный цикл оставался регулярным. Группа сравнения – 87 пациенток, у которых по данным морфологического исследования не было выявлено патологических изменений в эндометрии и основная группа, которую составили 62 женщины с подтвержденным гистологически гиперпластическим процессом эндометрия.

У всех пациенток, поступивших в стационар, изучали анамнестические и объективные данные. В разработанную нами индивидуальную карту обследования заносили следующие сведения: наследственность, перенесенные в детском и юношеском возрасте инфекционные заболевания, конституционные особенности, характеризующие преморбидный фон, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, перенесенные оперативные вмешательства. Кроме того, уточняли особенности и характер менструальной функции: возраст менархе, характер, болезненность, объем менструальной кровопотери. Подробно изучали особенности репродуктивной функции – течение и исход каждой беременности, их осложнения.

Вывод. У пациенток с указанием в анамнезе на высокую частоту внутриматочных манипуляций и наличие хронического эндометрита относительный риск развития ГЭ в 11 и 10 раз выше, чем в популяции, что свидетельствует о наличии выраженной причинно-следственной связи между данными патологическими процессами и развитием заболевания эндометрия. Любое длительное нарушение менструальной функции (>2лет) повышает риск развития ГПЭ в 6 раз, а при наличии ГПЭ в анамнезе риск рецидива увеличивается в 2 раза.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ЦИТОТОКСИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОМ И ИХ РЕЦИДИВОВ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время актуальность проблемы хронического эндометрита имеет медицинское и социальное значение, поскольку приводит к нарушению репродуктивной функции. Среди факторов риска отмечаются преобладание внутриматочных вмешательств и воспалительные осложнения после родов и абортов. Длительная персистенция инфекционных агентов в эндометрии при хроническом эндометрите приводит к выраженным изменениям в структуре и функции ткани, вызывает пролиферативные нарушения, а также нарушения в циклической трансформации.

Лечение хронического эндометрита представляет собой комплексный, поэтапный процесс. Одним из новых методов является фотодинамическая терапия, которая приводит к развитию фотохимической реакции, разрушающей бактериальные и опухолевые клетки, а также оказывает противовирусный эффект.

Молекулярные механизмы развития и рецидивирования эндометриоза остаются не до конца понятными, что способствует проведению многочисленных экспериментальных и клинических исследований. Важная роль иммунологических факторов в патогенезе заболевания позволяет рассматривать их в качестве возможных диагностических и прогностических маркеров.

Цель исследования. Проведение ранней диагностики эндометриоидных кист яичников и их рецидивов с использованием нового подхода к экспресс-оценке цитотоксического потенциала лимфоцитов.

Материалы и методы исследования. Исследованы CD4+ и CD8+лимфоциты периферической крови 22 пациенток с эндометриоидными кистами яичников (ЭКЯ) в возрасте от 21 до 37 лет (средний возраст 27,1±3,4 лет) и 20 – с лейомиомой матки (ЛММ) в возрасте от 23 до 42 лет (средний возраст 29,3±4,1 лет).

Результаты исследования. Для определения показателей нормы были изучены клетки периферической крови 20 практически здоровых небеременных женщин фертильного возраста (от 22 до 37 лет), не имевших на момент обследования острых и/или хронических гинекологических и соматических заболеваний.

Оценку цитотоксического потенциала лимфоцитов проводили в соответствии с оригинальными алгоритмами определения параметров фазового изображения клеток. Проанализированы фазово-интерференционные портреты лимфоцитов, выявлены морфологические и денситометрические особенности, характерные для клеток с фенотипом CD4+ и CD8+. В популяции цитотоксических лимфоцитов выделены 2 группы клеток, отличающихся величинами фазовой толщины N_{scut} и площади $Scut$ примембранной области цитоплазмы, содержащей гранулы перфорина. Установлено, что в условиях физиологической нормы содержание перфорин-позитивных CD8+ лимфоцитов, реализующих цитотоксический (перфориновый) потенциал, составляет $37,1 \pm 5,15\%$, у пациенток с эндометриозом – $29,8 \pm 6,34\%$, а с лейомиомой матки – $42,6 \pm 5,89\%$.

Данный факт свидетельствует о подавлении функциональной активности CD8 позитивных клеток. Показано, что в послеоперационном периоде низкие показатели цитотоксического потенциала ассоциируются с рецидивом заболевания. Использование современных методических подходов к исследованию внутриклеточных структур с помощью неинвазивной и безреагентной технологии QPI позволяет не только детально исследовать патогенетические механизмы трансформации иммунокомпетентных клеток в условиях развития патологического процесса, но предложить новые диагностические и прогностические биомаркеры.

Вывод. Полученные результаты дают возможность индивидуализировать тактику ведения больных с эндометриодными кистами яичников в послеоперационном периоде, что может способствовать улучшению показателей лечения, уменьшению частоты рецидивов, снижению социальных и экономических последствий заболевания.

Установлен факт подавления функциональной активности CD8 позитивных клеток у пациенток с эндометриомами. Показано, что в послеоперационном периоде низкие показатели цитотоксического потенциала ассоциируются с рецидивом заболевания.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В прямой постановке вопрос о комплексном обследовании женщин в период длительной постменопаузы, находящихся под динамическим наблюдением в консультативно-диагностической поликлинике и стационаре многопрофильного госпиталя и информативности инструментальных методов их обследования не рассматривался.

Учитывая столь высокую медицинскую и социальную значимость ранней диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия у лиц пожилого и старческого возраста и в период длительной постменопаузы, реальную возможность (учитывая единые этиологические предпосылки и возраст) развития злокачественных новообразований тела матки тема исследования представляется актуальной.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в период длительной постменопаузы.

Материал и методы исследования. Материалом для основного исследования послужили данные комплексного обследования 256 пациенток в постменопаузе.

Результаты исследования. Патология эндометрия диагностирована при комплексном обследовании у 256 (12,3%) от числа всех 2082 пациенток находящихся под динамическим наблюдением в период длительной постменопаузы. При этом патология эндометрия в 24 (1,15%) случаях имела клинические проявления и в 232 (11,14%) диагностирована при УЗИ в группе пациенток, не имевших клинических симптомов.

Структура патологии эндометрия у 256 пациенток в период длительной постменопаузы после гистологического исследования характеризуется наличием железистой и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия (5,86%), полипов эндометрия (55,47%), атипической гиперплазии и рака эндометрия (3,51%). В 35,16% случаях патологические изменения отсутствуют.

Диагностированная при УЗИ патология эндометрия получила подтверждение при визуальном обследовании эндометрия (методом гистероскопии) в 63,28%, а при гистологическом исследовании удаленных тканей - в 64,84% случаев, что показывает уровень информативности (относительную достоверность) лучевого метода диагностики. Гормонально зависимые патологические процессы в эндометрии чаще сопровождаются клиническими проявлениями (железистая, железисто-кистозная гиперплазия — в 25% случаях, атипическая гиперплазия и рак — в 16,6%). Отсутствие в 94% случаях клинических проявлений при ультразвуковой диагностике признаков патологии эндометрия является проявлением атрофических процессов (фиброзные и фиброзно-железистые полипы - в 58,2% случаев и в 35,8% наличие в соскобе соединительной ткани).

Патология эндометрия, диагностированная при УЗИ у 232 пациенток в период длительной постменопаузы без клинических проявлений в 58,2% является проявлением полипов эндометрия и в 35,8 - атрофических процессов эндометрия, имитирующих его патологию. Диспансерное динамическое наблюдение за пациентками (с учетом стабильного уровня предраковых и раковых процессов) в период менопаузы проводится независимо от возраста и длительности менопаузы. В комплекс обследования входят лабораторные и инструментальные исследования с обязательным УЗИ (МРТ, КТ) матки (с измерением толщины эндометрия).

Вывод. Информативность лучевого метода диагностики (УЗИ) патологии эндометрия составляет до 60-65%, что подтверждается при визуальном обследовании эндометрия (методом гистероскопии) в 63,28%, а при гистологическом исследовании удаленных при выскабливании стенок полости матки тканей - в 64,84% случаев.

Предложена программа диспансерного динамического наблюдения женщин в период длительной постменопаузы в условиях военных лечебных учреждений. Динамическое наблюдение за пациентками в постменопаузе требуется осуществлять независимо от их возраста и длительности менопаузы. В комплекс обследования должны входить

лабораторные и инструментальные исследования с обязательным УЗИ исследованием матки (с измерением толщины эндометрия).

СИСТЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время гиперпластические процессы эндометрия в постменопаузальном периоде являются актуальной проблемой, составляя 60-70% в структуре гинекологических заболеваний.

Согласно современным представлениям, в развитии гиперплазии, полипов и рака эндометрия важную роль играет дисбаланс между пролиферацией клеток и апоптозом. Активаторами пролиферативной активности эндометрия наряду с эстрогенами являются факторы роста. Инсулиноподобные факторы роста (ИФР-1, ИФР-2) являются мощными митогенными факторами для целого ряда злокачественных опухолей, включая и рак эндометрия. Активно изучается роль компонентов системы ИФР в развитии гиперпластических процессов и рака эндометрия, однако представленные в литературе данные достаточно противоречивы.

Цель исследования. Разработать систему дифференцированного подхода к комплексному обследованию и ведению больных с патологией эндометрия в постменопаузе в зависимости от особенностей клинической картины с использованием высокоинформативных технологий, а также определения концентрации ИФР-1, ИФР-2, их транспортных белков (ИФРСБ-1, ИФРСБ-3) и ингибиторов апоптоза - растворимого РаБ-антигенаав) и Bcl-2.

Материалы и методы исследования. Основой настоящей работы явился анализ клинических наблюдений за 112 пациентками в постменопаузальном периоде (средний возраст $64,06 \pm 1,07$ лет), которым проводилось обследование и лечение в АОПЦ.

Показанием для госпитализации у 44 (39,3%) больных были кровянистые выделения из половых путей. У 68 (60,7%) больных патология эндометрия заподозрена на догоспитальном этапе при проведении трансвагинальной эхографии.

Результаты исследования. В постменопаузе структура патологии эндометрия представлена следующим образом: полипы эндометрия - 66%; рак эндометрия - 24,5%; простая гиперплазия эндометрия без атипии - 6,4%; сложная гиперплазия с атипией - 3,2%. Среди полипов преобладают фиброзно-железистые (91,93%), которые в 96,8% развиваются на фоне атрофического эндометрия.

Для фиброзно-железистых полипов характерна неравномерная апоптотическая активность в их структурных компонентах - апоптотическая активность умеренно снижена в строме и высокая в железистом компоненте, что

может играть определенную роль в развитии фиброзно-железистых полипов эндометрия у пациенток в постменопаузе.

Клиническая симптоматика в виде маточных кровотечений наблюдается у 38,82% больных в постменопаузе с патологическими процессами эндометрия. Рак эндометрия сопровождается маточными кровотечениями в 78,2% наблюдений, в то время как у каждой пятой пациентки какие-либо жалобы отсутствуют. Полипы эндометрия в постменопаузе в большинстве наблюдений (75,8%) протекают бессимптомно. В 11,1% наблюдений маточные кровотечения возникают на фоне атрофии эндометрия.

При простом статистическом анализе отсутствуют различия по средним значениям и медиане уровней ИФР-1, ИФР-2, ИФРСБ-1, ИФРСБ-3 и Браз в сыворотке крови больных раком, полипами эндометрия и у женщин с атрофией эндометрия. Анализ весовой функции маркеров системы ИФР и Браз показал, что маркер ИФРСБ-3 (42,5%; 35,8%; 38,3%) имеет наибольшее прогностическое значение и может рассматриваться в качестве индикатора и фактора риска развития рака эндометрия. Маркер ИФР-2 (23,1%; 19,9%; 23,4%) может рассматриваться как маркер отсутствия злокачественного процесса в эндометрии.

Весовые функции регрессионно-факторного анализа с использованием маркеров системы ИФР (ИФР-1, ИФР-2, ИФРСБ-1 и ИФРСБ-3) и БРэб позволяют проводить высокоточное индивидуальное прогнозирование состояния эндометрия по критерию «рак не выявлен». Наиболее точный прогноз получен при атрофии эндометрия.

Вывод. Проведенные исследования позволили разработать систему дифференцированного подхода к комплексному обследованию и ведению больных с патологией эндометрия в постменопаузе в зависимости от особенностей клинической картины с использованием высокоинформативных технологий - трансвагинальной эхографии, ЦДК, видеогистероскопии, гистерорезектоскопии и определения концентрации ИФР-1, ИФР-2, их транспортных белков и ингибиторов апоптоза Браз и Bcl-2. Определена прогностическая значимость исследования концентрации компонентов системы ИФР и ингибитора Брав в сыворотке крови для прогнозирования патологического состояния эндометрия у пациенток в постменопаузе и уточнены клинические ситуации, в которых его применение наиболее целесообразно.

БОЛАЛАР БИЛАК СУЯГИНИНГ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Назркулов У.К., Жўракулов Х.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ишнинг долзарблиги. Болаларда билак суяги бошчасининг синишларини ташхислаш, даволаш ва тирсак бўғими ҳаракатини қисқа вақт ичида қайта тиклаш ҳозирги вақтгача долзарблигини йўқотгани йўқ. Бу жароҳатларни даволашга ва тирсак бўғими ҳаракатини жароҳатдан сўнг қайта тиклашга қаратилган кўпгина даволаш усуллари мавжуд бўлишига қарамадан ижобий натижаларга эришиш болалар травматологлари олдида муаммолигича қолмоқда.

Мақсад. Болаларда билак суяги бошчасининг синишларини даволаш ва бўғим ҳаракатини қайта тиклашда ижобий натижаларни баҳолаш.

Материал ва натижалар. ТошПМИ клиникасининг травматология ва ортопедия бўлимида 2010 йилдан 2020 йилгача билак суягининг проксимал қисми жароҳатлари билан 4 ёшдан 18 ёшгача даволаниб чиққан 147 бемор болаларнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинди. Булардан 12 беморда билак суяги бошчасининг синишлари кузатилган бўлса, қолган 135 беморларда, билак суягининг бошчасининг эпифизеолизи, остеоэпифизеолизи ва бўйин қисмини синишлари кузатилди. Жароҳат олган 12 бемордан 11 беморда билак суягининг бошчаси синишида суяк бўлақларининг силжимаган ҳолати кузатилган бўлса, 1 беморда эса суяк бўлақларининг силжиши билан кечган.

Билак суяги бошчасининг синишларида ҳозирги вақтгача қўлланилиниб келинаётган анъанавий усулда, яъни гипс боғлам қўйиб даволаш кўпгина ҳолатларда ижобий натижалар билан бирга, тирсак бўғими ҳаракатини эрта бошлашга монелик қилмоқда ва бу ўз навбатида билакнинг ротацион ҳаракатларини тўлиқ тикланмаслигига, болаларни ногирон бўлиб қолишига олиб келмоқда. Буларни ҳисобга олган ҳолда, 2000 йилдан бошлаб травматология бўлимида болаларда билак суяги синишларини даволашда ва тирсак бўғимини қайта тиклашда қўлланиладиган клиникамизда яратилган функционал шинани амалиётга тадбиқ этдик ва билак суягининг проксимал қисми жароҳатларида 76 беморларнинг, шунингдек билак суяги бошчасининг синиши билан мурожат этган 12 беморларнинг даволаш жараёнида қўлладик.

Функционал шина 2 қисмдан: биринчи қисм алоҳида елка учун, иккинчиси алоҳида билак учун. Улар бир-бири билан шарнир ёрдамида бирикади ва ҳаракатлантирилади. Шинанинг билак-кафт бўғими соҳасидаги қисмига эспандер бириктирилган бўлиб, у периферик қон айланишини яхшилашда иштирок этади. Шина тери манжетдан тайёрланган бўлиб юмшоқ ва қўл шаклини осонгина эгаллайди. Шинани олд томонида иплар ўтказиладиган тешикчалар мавжуд. У бир вақтнинг ўзида ҳам ипларни ўтказиб фиксациялаш учун ва ҳаво алмашилиб туриши учун хизмат қилади. Иплар жароҳатдан кейинги шишлар қайта бошлашига қараб охисталик билан мустаҳкамланиб борилади ва бу ўз навбатида суяқларнинг иккламчи силжишини олдини олади. Шина тирсак бўғимида супинацион-пронацион ва букиш-ёзиш ҳаракатларини бир вақтда амалга ошириш имконини беради.

Функционал шина ёрдамида даволаш усулининг аҳамияти шундан иборатки, бунда жароҳат олган беморларга агар суяк бўлақлари силжимаган бўлса, беморни ёшидан келиб чиққан ҳолда 1% ли новокаин эритмаси билан оғрикислантйрилиб, тўғридан-тўғри функционал шина ўрта физиологик ҳолатда 2 ҳафтага тақиб иммобилизация ўтказилади. Жароҳатдан 6-8 кун ўтиб оғриқлар қолиб, шишлар қайтгач, олдин пассив ҳаракатлар, яъни тирсак бўғимини ёзувчи – букувчи ҳаракатлари, сўнгра фаол ҳаракатлар, яъни билакнинг ротацион функциялари амалга оширилади. Агар билак суягининг бошчаси синиб силжиган бўлса олдин умумий оғрикислантйриш остида репозиция ўтказилиб, бармоқ асосларидан елканинг юқори қисмигача ўрта физиологик ҳолатда гипс боғлам қўйилади. Гипс боғлам жароҳатдан 5 – 7 кун ўтиб ечилиб, функционал шина тақилади ва пассив ҳаракатлар амалга оширилади. Жароҳатдан 2 ҳафта ўтгач, шина ечилади ва бу вақтга келиб тирсак бўғими функцияларини тиклашнинг биринчи босқичи амалга оширилган, яъни билак суяги бошчасининг синишини даволаш босқичида тирсак бўғими ҳаракатлари тикланиб боради. Функционал шина ечилгач, тирсак бўғими функциясини тиклашнинг иккинчи босқичига ўтилади, яъни физиотерапия муолажалари буюрилади. Бу даволаш усуллари амбулатор шароитда ўтказилади.

Хулоса. Болаларда билак суяги бошчасининг синишларини даволашда ва тирсак бўғими ҳаракатини эрта тиклашда қўлланилган функционал шина ижобий натижалар олиб келади. Амбулатор - стационар даволаш кунларининг қисқаришига ва бу жароҳатлардан сўнг келиб чиқадиган асоратлардан: тирсак бўғимининг ёзувчи-букувчи, ротацион контрактуралари ва болаларни бир умр ногирон бўлиб қолишларини олдини олади.

ПРИМЕНЕНИЕ АТЕНОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Насирдинова М.О., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт.

Климактерий - это физиологический процесс, при котором на фоне возрастных инволюционных процессов прекращается функция яичников. У части женщин он протекает физиологически, у части - климактерическим синдромом. Артериальная гипертензия (АГ) у женщин в постменопаузе стала предметом пристального внимания клиницистов во всех странах, так как у большинства женщин в 45-50 лет отмечается высокая частота АГ и увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Р-адреноблокаторы широко используются в лечении АГ, так как они являются эффективными гипотензивными антиаритмическими средствами, уменьшают гипертрофию левого желудочка, снижают летальность. Это объясняется непосредственным торможением действия катехоламинов на миокард больных.

Целью нашего исследования явилось применение кардиоселективного р-адреноблокатора ателолола при лечении ГБ у женщин в постменопаузе. Обследовано 15 больных с климактерическим синдромом в возрасте 45-55 лет с артериальным давлением (АД) выше 145/95 мм рт.ст.

Суточная доза препарата составляла 50-100 мг в сутки в течение двух недель с последующим переводом на постоянную поддерживающую дозу 20-50 мг в сутки. Влияние ателолола оценивали с помощью электрокардиографии (ЭКГ), нагрузочными пробами, наблюдением за АД и ЧСС. При лечении допускалось применение диуретиков. Анализ полученных данных показал, что у женщин наблюдается урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС), стабильное снижение систолического и диастолического артериального давления. На ЭКГ исчезли явления гипоксии ишемии. Кроме этих данных, женщины отмечали положительное влияние ателолола на их жизненный уровень, повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение приливов, в целом улучшение качества жизни.

Учитывая все эти влияния ателолола, рекомендуем его широкое применение в указанных дозировках у женщин в постменопаузе для лечения артериальной гипертензии.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ОСНОВЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ

Насирдинова М.О., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипертензивные состояния являются одним из осложнений беременности. Чаше всего встречается преэклампсия, которая может привести к материнской и перинатальной смертности.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения гландина для подготовки родовых путей у беременных с преэклампсией на основе доплерометрии.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами были изучены истории родов у 20-ти женщин в сроке беременности от 38 до 41 недель. Возраст женщин составил: до 20-ти лет - 3 (10%); от 20 до 30 лет - 19 (63.3%); свыше 30 лет - 8 (26.7%). Из них были: первородящие - 10 (33.3%); повторнородящие 20.

Результаты и обсуждения. У 20 - ти обследованных была диагностирована преэклампсия легкой степени которая сочеталась у 4 беременных с резус отрицательной кровью, у 7 беременных с пиелонефритом, у 4 - перенесенная беременность. У всех беременных была произведена доплерометрия, т.е. исследования маточно-плацентарного и плодового кровообращения, при котором было выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока при сохраненном плодово-плацентарном кровообращении (повышены индексы сопротивления в маточных артериях). 20 беременным во влагалище нами был поставлен гландин. У 16 беременных через 6, 10 и 12 часов началась родовая деятельность, у 4 через 6 часов повторно использовали гландин. Нами была изучена продолжительность родовой деятельности после применения гландина. При этом продолжительность родовой деятельности составила у первородящих: I период - 10 часов; II период - 30 мин; III период – вели активно. У повторно родящих: I период - 8 часов; II период - 10 мин; III период – вели активно.

Вывод. После наших исследований можно прийти к единому мнению, что применение гландина для подготовки родовых путей при преэклампсии является наиболее эффективным методом.

РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ НА СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Низматова Г.М., Дильмуратова В.

Ташкентская медицинская Академия

Цель исследования. Определить зависимость нарушений гормонального фона от степени алиментарного ожирения и оценить влияние комбинированного препарата «Инотир» на метаболические нарушения у девушек – подростков

Материал и методы исследования. Обследовано 116 девушек с нарушением менструального (НМЦ) на фоне алиментарного ожирения и 30 практически здоровых подростков. Нарушение менструального цикла отмечено после значительной прибавки массы тела. Критериями алиментарного ожирения были высокое потребление калорий, выраженная гипертриглицеридемия, дислипотеинемия и высокая активность липазы. Для диагностики наличия избыточной массы тела и ожирения применяли показатель индекса массы тела, который рассчитывали как соотношение массы тела (в кг) к квадрату роста (в м²) (индекс Кетле, ВОЗ, 1997) Характер распределения жировой ткани определяли с помощью коэффициента окружности талии (более 88 см)/окружность бедер (ОТ/ОБ). Препарат «Инотир» применяли по одному саше в течение 6 месяцев

Результаты исследования. Снижение фертильности при ожирении обусловлено ановуляцией, клинически проявляющейся нерегулярными менструациями, гипоменструальным синдромом и аменореей. Изучение гормонов гипофиза показало повышение их уровня в сыворотке крови относительно значений группы практически здоровых лиц: ТТГ (в 1,59; 1,86 и 1,91 раза), ФСГ (в 1,95; 2,2 и 2,57 раза), ЛГ (в 1,61; 1,55 и 2,28 раза соответственно 1-й, 2-й а и 2-й б степени ожирения). Уровень эстрадиола у женщин с алиментарным ожирением и НМЦ имел тенденцию к увеличению при 1-й степени ожирения, а по мере увеличения массы тела его значения постепенно снижались и достигали нормативных значений. Содержание прогестерона в сыворотке крови женщин с ожирением снижался в 15,56; 17,23 и 28,51 раза. Уровень тестостерона превышал нормативные значения в 1,31; 1,4 и 1,6 раза, соответственно в группах с 1-й, 2-й а и 2-й б степенями ожирения. Исследование масса-ростовых параметров показало, что средняя масса тела обследованных пациенток в зависимости от степени алиментарного ожирения составила 79,80±0,20; 84,89±0,39 и 96,89±0,40 кг, соответственно у женщин с 1-й, 2-й а и 2-й б степенью ожирения. Показатель ОТ/ОБ если при 1-й степени ожирения сохранялась в пределах 0,85, то при 2-й а и 2-й б степенях возрастал, приближаясь к отметке 0,88. ИМТ возрастал пропорционально степени ожирения, составляя 29,10±0,06; 32,34±0,12 и 36,72±0,12 кг/м². Длительность ожирения колебалась в широких пределах и составила в среднем 2,76±0,87; 4,85±0,98 и 5,74±0,89 года, соответственно степени ожирения. После применения препарата масса тела снизилась в 1,12 раза у девушек с 1-й степенью ожирения, в 1,13 раза – со 2-й а степенью, в 1,09 раза – со 2-й б степенью алиментарного ожирения, соответственно. Показатель ОТ/ОБ также достоверно и более выражено уменьшился. ИМТ у пациенток с 1-й степенью ожирения снизился в 1,12 раза, при 2-й а степени – в 1,14 раза, при 2-й б степени ожирения – в 1,09 раза, соответственно. Снижение массы тела пациенток с алиментарным ожирением способствовало в определенной степени снижению частоты нарушений менструальной функции. Так, при 1-й степени ожирения частота олигоменореи уменьшилась в 1,87 раза, вторичной аменореи не отмечено, при 2-й а степени ожирения частота олигоменореи, метроррагии и вторичной аменореи снизилась в 1,96; 1,33 и 2 раза, соответственно, при 2-й б степени ожирения олигоменорея не отмечена, метроррагия и вторичная аменорея снизились в 2 и 1,25 раза, соответственно. Таким образом, по мере прогрессирования алиментарного ожирения снижение фертильности возрастает, а препарат «Инотир» при длительном применении существенно снижает массу тела и степень алиментарного ожирения. Видимо, это обуславливает восстановление регулярного менструального цикла.

METHODS FOR RESEARCH OF INFLAMMATORY DISEASES OF POST-ABORTION ENDOMETRITIS IN WOMEN WITH PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE FUNCTION

Nigmatshaeva A.R.
Andijan State Medical Institute

Relevance: Inflammatory diseases of the reproductive system continue to occupy one of the first places among the causes of reproductive disorders. The high frequency of chronic endometritis in women with reproductive disorders and in modern conditions does not tend to decrease.

In women with impaired reproductive function against the background of E, there is a tendency toward a decrease in the expression of progesterone receptors both at the stage of their formation in the proliferative phase and during the implantation “window”, which should be considered as one of the pathogenic stages of the development of habitual miscarriage.

The inflammatory process in the endometrium, manifested by clear morphological changes on the 6–9th day of the menstrual cycle, changes the formation of estrogen and progesterone receptors, and this tendency increases in the secretory phase of the menstrual cycle. A decrease in progesterone reception is likely to lead to a disruption in the normal differentiation of the endometrium and causes active proliferation due to the preserved expression level of estrogen receptors in all components of the endometrium. This confirms that the leading mechanism for the formation and development of proliferative processes in the uterus is a violation of the expression of steroid hormone receptors.

The purpose of the study: To identify significant medical and social factors in the formation of chronic inflammation in the endometrium in women with reproductive disorders.

Materials and methods of research: The study used anamnestic data from 127 women with chronic endometritis and reproductive disorders. The control group consisted of 50 healthy women without reproductive disorders. The age of women in both groups was comparable and amounted to 31 ± 4.2 years.

Research findings: According to the data presented, women with spontaneous abortions up to 10 weeks of pregnancy upon admission observed: heavy bleeding with clots in the main group of 8, $57 \pm 4.73\%$, in the comparison group - 0% ($p < 0.05$), shortening cervix, respectively: $65.73 \pm 5.46\%$ and $29.0 \pm 6.38\%$ ($p < 0.05$). Hyperthermia, including above 38°C , was observed in $14.28 \pm 8.22\%$ of women in the study group, 0% in the comparison group, and tachycardia, respectively: $5.71 \pm 3.9\%$ - 0% ($p < 0.05$).

Severe pain syndrome joined the clinical signs of abortion within 10-16 weeks: in the main group, $40.0 \pm 9.79\%$, in the comparison group in $25.0 \pm 9.68\%$ of cases ($p < 0.05$).

In a vaginal examination in the main group of women, the uterus was palpated without clear contours in five cases ($20.0 \pm 8.00\%$), ($p < 0.05$).

All of the above clinical signs are inherent in women with abortion in the period of 17-21 weeks. A distinctive feature is the localization of pain in the lumbar region: in the main group, in $50.0 \pm 7.9\%$, in the comparison group in $14.29 \pm 5.9\%$ of cases ($p < 0.05$).

The nature of the bleeding has also changed. If in the first two groups of women bleeding was noted from minor to heavy, then in this group in $28.59 \pm 1.8\%$ of cases the nature of the discharge from the genital tract was scarce or absent.

A different nature of the relationship between the occurrence of postabortion endometritis and morphological signs of inflammation at different stages of abortion was established: for a gestational age of less than 10 weeks, diagnostic criteria are leukocyte infiltrates ($g > 0.8$), with a nap wall thickness less than 7 microns; with a gestational age of 10-16 weeks, the specific density of decidual tissue ($g = 0.84-0.89$); with a gestational age of more than 16 weeks, the specific density of the fibrinoid ($1 = 0.806$).

The accuracy of the developed model for predicting the development of postabortion endometritis by histological preparations of endometrial scrapings and membranes was 91.5%, in the comparison group - 34.7%.

The developed algorithm for providing medical care to women, who underwent spontaneous abortion, reduced the frequency of complications - by half.

Conclusion: The features of the clinical and morphological picture revealed by us in the post-abortion period after spontaneous miscarriages at different gestational periods make it possible to predict immediate and long-term complications (inflammatory diseases, menstrual and genital dysfunctions).

The introduction of interdepartmental and interdisciplinary interaction into the practice of healthcare makes it possible to optimize the combination of medical and preventive work at all levels of outpatient and specialized care for women in the post-abortion period after a miscarriage.

MODERN METHODS FOR DIAGNOSTIC AND FORECASTING REPRODUCTIVE FUNCTION DISORDERS IN WOMEN AFTER POST-ABORTION ENDOMETRITIS

Nigmatshaeva A.R.
Andijan State Medical Institute

Relevance: Chronic endometritis (CE) is a clinical morphological syndrome in which multiple secondary morphofunctional changes occur in the presence of persistent damage to the endometrium by an infectious factor that disrupt the cyclic biotransformation and receptivity of the uterine mucosa.

The tendency to an increase in the incidence of CE in the last decade is associated with the widespread use of IUDs, abortions, the use of various intrauterine procedures, and the asymptomatic course of certain conditions. An important role belongs to the evolution of the microbial factor that causes CE: endometrial microbiotopes are characterized by a predominance of associations of obligate-anaerobic microorganisms, microaerophiles and viruses, the latter can be identified as the only infectious agent, which leads to the development of erased forms of CE, significantly complicates the diagnosis and reduces the effectiveness of traditional schemes therapies

The development of a comprehensive system for the diagnosis and treatment of this nosology, the emphasis on the significance of the pre-gravity stage are an important vector for solving the problem of preserving the reproductive potential in women with CE.

The purpose of the study: To identify pathological foundations and improve methods for the diagnosis and treatment of chronic endometritis in women with impaired reproductive system function.

Materials and methods of research: A study of the causes of reproductive dysfunction in women with menstrual irregularities has been carried out. 190 women were examined; CE was diagnosed in 20%. UPM in the uterine mucosa was isolated in 54%. During targeted examination of women with asymptomatic CE was highlighted UPM in 69%.

Research findings: Based on the diagnostic value of clinical research methods: ultrasound imaging, hysteroscopy, histological research method, cytometry metroaspirates specific recommendations are given to a wide range of practitioners about the real value of the applied research methods in diagnosis. Introduction to the algorithm for examining the allocation of hysteroscopic macrotypes CE improves the management of women with a history of reproductive loss, especially with dubious ultrasound results.

The effectiveness of a differentiated treatment regimen choice for each of the cholesterol options, the validity of the administration of immunotropic drugs, the high probability of recurrence of early reproductive losses in the absence of full-fledged rehabilitation therapy in patients with cholesterol or its inadequacy, as well as a significant increase in the ability to realize their reproductive potential when the whole recovery programs.

Improving the management strategy for patients with CE will be a change in the conceptual approach in diagnosing the disease and improving such a contingent based on the choice of rational contraception, replacing medical abortion with a medical one, if it is not possible to empty the uterine cavity under ultrasound or hysteroscopy, mandatory peri-abortion rehabilitation, and immediate rehabilitation after intrauterine interventions.

An algorithmized approach to the diagnosis of chronic endometritis involves stratification by hysteroscopic macro types, complementing the morphological study with immunohistochemistry (SB 138) with a questionable morphological picture.

Conclusion: A comprehensive clinical and laboratory study made it possible to substantiate the clinical significance of CE as a nosological form from the standpoint of reproductology and to prove the need for timely diagnosis and treatment of the disease in patients with infertility, failure of assisted reproductive technology programs and miscarriage.

Based on the study of the pathogenetic mechanisms of the development of the disease and endometrial receptivity disorders, proposals are substantiated and formulated for optimizing the management of women with CE and pathology of reproductive function. The tactics of managing patients has been developed depending on the clinical symptoms and morphological variants of the disease. It is proved that carrying out pathogenetically substantiated complex therapy of CE in women with impaired reproductive function allows you to restore the structure and functional potential of the endometrium, as well as level local factors that impede the onset and progression of pregnancy.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Низамутдинов А., Ганиева М.Ш.

Актуальность темы. Геморрагический васкулит занимает значительное место среди геморрагических заболеваний у детей. Социальное его значение определяется все еще значительным распространением, преимущественным поражением сосудов и нередким вовлечением в патологический процесс внутренних органов, и систем организма, особенно в детском возрасте. Развитие теоретических и клинических аспектов учения о ГВ в последнее десятилетие способствовало решению ряда вопросов эпидемиологии, клиники и лечения этого сложного и тяжелого заболевания.

Цель работы состояла в изучении особенностей течения ГВ у детей на современном этапе.

Материал и методы обследования. Работа основана на наблюдениях за 62 детьми, больными ГВ, госпитализированными в гематологическое отделение ОДММЦ города Андижан за период 2018 – 2019 гг. Возрастной состав детей: до 3-х лет - 10, 4-7 лет - 23, 8-11 лет — 16, 12-14 лет - 13 человек. Среди провоцирующих факторов наибольшее значение имели ОРВИ - в 32 случаях, гнойные бактериальные инфекции (ангина, периостит) - у 8 детей, профилактические прививки — у 3-х человек, пищевая и/или лекарственная аллергия - в 4-х случаях, у 15 детей этимологический фактор установить не удалось. Кожный синдром является самым постоянным при ГВ и по существу обязательным. В наших наблюдениях все 62 ребенка имели проявления со стороны кожи. Несколько волн высыпания отмечены в 42 случаях. "Светлый" промежуток между отдельными периодами обострения кожного синдрома при этом составил от 4 до 19 ($6,7 \pm 4,2$) дней. Как правило, ухудшение было связано с перенесенной накануне ОРВИ (18 больных) или нарушением диеты — употреблением высокоаллергенных продуктов (4 ребенка). Нередко высыпания на коже сопровождалась появлением ангионевротических отеков, которые чаще встречались у детей дошкольного возраста. Суставной синдром отмечен у 37 больных ГВ детей и являлся вторым по частоте поражением. В наших наблюдениях отмечено вовлечение в патологический процесс только крупных суставов. Абдоминальный синдром отмечен у половины больных. В 7 случаях боли в животе предшествовали кожным высыпаниям, что послужило причиной диагностических ошибок: среди первичных диагнозов были гастрит, хронический аппендицит, пиелонефрит. У 4 детей абдоминальный синдром был ведущим в клинической картине ГВ, обуславливая тяжесть заболевания. У одного ребенка течение ГВ осложнилось кишечным кровотечением, другой ребенок был прооперирован по поводу перфорации кишечника. Наши данные свидетельствуют о поражении почек в 25,8% случаев ГВ. У 4 больных выявлена транзиторная изолированная микрогематурия. У 12 детей наблюдался острый капилляротоксический нефрит с изолированным мочевым синдромом (гематурия). Заболевание при этом не сопровождалось повышением АД, протеинурия отмечалась только в острый период и составляла до 2,0 г/сут (от 120 мг/сут до 1,86 г/сут), гематурия — от 8 млн. до 181 млн. эритроцитов в анализе по Аддису-Каковскому. Гематурия сопровождалась абактериальной лейкоцитурией. Ни у кого из больных с поражением почек не отмечено снижения функции почек.

Выводы. Таким образом, основной причиной геморрагического васкулита является повышенная сенсibilизация организма ребенка. Наиболее частым проявлением ГВ является кожный синдром. Вышеуказанные положения дают право делать рекомендации по разработке мер для контроля аллергизации организма.

КЛИНИКО-ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Нишонов Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. К настоящему времени достаточно детально изучены ряд вопросов клиники ювенильных артритов, полиморфизм их течения, отдельные механизмы иммунопатогенеза, «триггерная» роль инфекционных факторов в развитии хронической патологии суставов у детей. Однако в последние годы складываются новые представления о некоторых аспектах этиопатогенеза ювенильных артритов, меняются подходы к назначению патогенетической терапии, приоритеты в выборе средств этиотропного лечения в детском возрасте. Все это обуславливает необходимость с современных позиций пересматривать принципы клинической и лабораторной диагностики, рациональной патогенетической и этиотропной терапии, мониторинга клинических и лабораторных показателей с целью достижения ремиссии и предотвращения неблагоприятного прогноза заболевания.

Цель исследования. Оценить значение иммуногенетических факторов и кишечной инфекции в развитии и течении ювенильных артритов. Разработать тактику рациональной терапии реактивных артритов, ассоциированных с кишечной инфекцией, у детей.

Материал и методы исследований. В соответствии с поставленными задачами в работе представлен анализ результатов обследования и лечения 427 детей с ювенильным артритом от 4 до 15 лет. Девочек было – 288, мальчиков – 199.

Результаты исследования. Выявлена высокая частота инфицированности бактериями кишечной группы больных ювенильными артритом (45,6%). Высокая частота выявления серологических маркеров кишечной инфекции отмечается не только у больных с реактивным артритом (43,8%), но и у больных с другими формами и вариантами ювенильных артритов (от 39,2% при суставной форме ЮРА до 56,1% при системной форме ЮРА). У пациентов с ЮСА маркеры кишечных инфекций выявлены в 50% случаев.

В структуре инфицированности бактериями кишечной группы больных ювенильными артритом наиболее высокой является инфицированность шигеллами Флекснера (64,2%). Частота выявления маркеров иерсиниоза и псевдотуберкулеза у больных ювенильными артритом составляет 15,5% и 6,4% соответственно.

Антибактериальная терапия в комплексном лечении детей с энтерогенным реактивным артритом целесообразна и эффективна, так как способствует достижению ремиссии суставного синдрома, снижению лабораторной активности и сероконверсии серологических титров антител к бактериям кишечной группы в 65-75% случаев по сравнению с 50% - в контроле.

Полученные данные свидетельствуют о более высокой эффективности и безопасности амикацина сульфата при его использовании в комплексной терапии реактивного артрита, ассоциированного с кишечной инфекцией что позволяет рекомендовать его применение в клинической практике. Применение норфлоксацина эффективно и показано при реактивном артрите, ассоциированном со смешанной кишечной и хламидийной инфекцией.

Вывод. Разработана и апробирована тактика мониторингирования заболевания у детей с реактивным артритом, ассоциированным с кишечной инфекцией. Предложенная тактика наблюдения, включающая первичное и повторное серологическое обследование в сроки через 3, 6 и 12 месяцев после проведенного антибактериального лечения, обеспечивает раннее выявление маркеров кишечной инфекции, своевременный подбор этиотропной терапии и контроль ее эффективности.

КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЗАЦИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Нишонов Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы получены новые данные, свидетельствующие о патогенетической роли эндотоксинов, адгезивности микроорганизмов, структурно-функциональном состоянии цитомембран, а также о некоторых иммунологических и иммуногенетических механизмах формирования микробно-воспалительного процесса в мочевыделительной системе.

Вместе с тем, несмотря на большое количество исследований, посвященных различным аспектам этиологии и иммунопатогенеза инфекции мочевой системы (ИМС), в этой проблеме остается еще много нерешенных вопросов.

Так, до настоящего времени остаются недостаточно изученными и дискуссионными такие вопросы, как интенсивность фагоцитоза, дифференцировка субпопуляций Т-лимфоцитов, характер цитокинового ответа, а также аллельный полиморфизм генов HLA-системы, оказывающих влияние на формирование, течение, прогноз и исход воспалительного процесса в почках.

Таким образом, исследование малоизученных патогенетических механизмов первичного реагирования иммунной системы на инфицирование мочевыводящего тракта, выявление индивидуальных, генетически детерминированных особенностей иммунного ответа в динамике течения патологического процесса в почках, позволят изучить новые аспекты этиопатогенеза ПН, которые далеки от своего разрешения.

Цель исследования. Выявление клинико-иммунологических и иммуногенетических критериев активности и хронизации различных форм ПН у детей в целях ранней диагностики, прогнозирования течения заболевания и оптимизации патогенетического лечения.

Материал и методы исследований. Для решения поставленных задач было проведено клинико-лабораторное, инструментальное и иммуногенетическое обследование 104 детей с диагнозом ПН в возрасте от 3 до 16 лет, проживающих в городе Андижана. Группу сравнения составили 28 детей аналогичного возраста, принадлежавших к I-II группам здоровья, в анамнезе которых в течение последних двух месяцев не было указаний на перенесенные заболевания и проведенные профилактические прививки.

Результаты исследования. Клинико-параклиническая характеристика ПН у детей обеих возрастных групп на современном этапе проявляется различными степенями активности воспалительного процесса, имеет преимущественно хроническое течение, вторичный характер, обусловленный наличием сочетанного поражения почек на уровне тубулоинтерстициальной ткани, обструктивных уropатий, способствующих нарушению урогемодинамики и хронизации заболевания. У детей младшей возрастной группы наиболее часто выявлялись интоксикационный, абдоминальный и дизурический синдромы, в то время как в старшей возрастной группе преобладали дизурический и болевой синдромы. Мочевой синдром с одинаковой частотой регистрировался при различных вариантах течения заболевания у детей обеих возрастных групп.

Иммунный статус у детей с ПН характеризуется нарушением основных звеньев иммуногенеза - процессов активации, пролиферации и эффекторных функций иммунной системы. Выявленная разнонаправленность указанных изменений зависит от исходного состояния иммунной системы, на фоне которого развивается патологический процесс в почках.

Особенностью иммунного статуса при остром течении ПН является более выраженные его нарушения при первичной форме ПН, что подтверждает ведущую роль дисфункции иммунной системы в ее генезе. При хроническом течении заболевания степень выраженности изменений в иммунной системе отчетливее прослеживается при вторичной форме ПН на фоне морфофункциональных изменений в МВС, способствующих хронизации заболевания.

Минимальная степень активности воспалительного процесса в сочетании с изменениями в иммунном статусе больных ПН детей в виде нарушения этапов созревания, процессов дифференцировки и активации иммунокомпетентных клеток, повышенной готовности лимфоцитов к апоптозу, а также нарушения эффекторных и элиминационных функций иммунной системы являются неблагоприятным прогностическим признаком, предрасполагающим к затяжному, рецидивирующему течению заболевания.

Вывод. Проведение комплексной оценки иммунного статуса у детей с ПН вне зависимости от клинического варианта его течения позволит дифференцированно подойти к назначению иммунокорректирующих препаратов, повышающих эффективность базисной терапии, с целью предотвращения дальнейшего прогрессирования болезни и повышения качества жизни больных ПН детей.

Представленные различия иммуногенетических изменений в зависимости от возраста больных, клинического варианта ПН, характера его течения и морфофункционального состояния почек могут быть использованы для уточнения диагноза, прогноза заболевания и назначения патогенетического лечения.

Определение специфичностей НБА системы может быть использовано как на уровне популяционных исследований, в группах повышенного риска развития ПН, а также на этапах ранней диагностики заболевания и для определения индивидуального прогноза заболевания.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Норалиев И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При выборе тактики лечения острых респираторных инфекций в амбулаторной практике необходимо в первую очередь осуществить дифференциальную диагностику вирусных и бактериальных инфекций. Большинство острых респираторных инфекций имеет вирусную этиологию (риновирусы, аденовирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальные вирусы, метапневмовирусы, бокавирусы и др.). Доля вирусных инфекций составляет 70-75%

Таким образом, технологические возможности этиотропной терапии острых бактериальных инфекций органов дыхания и ИМС у детей в амбулаторных условиях должны быть дополнены при наличии показаний новым пероральным цефалоспорином III поколения Адицеф, который может рассматриваться как препарат первого, так и второго выбора в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность препарата Экоклав при лечении детей с острыми респираторными инфекциями (ОРИ).

Материалы и методы. Исследование проведено в 2019 году в детской больнице г. Андижана. Участвовали 50 пациентов с бактериальными осложнениями ОРИ (острый бронхит, синусит, тонзиллит) в возрасте 6 месяцев - 12 лет, разделенные на две группы: 1-я группа (основная) – 30 детей, получавших Экоклав, 2-я (группа сравнения) – 20 детей, получавших амоксициллин/клавулановую кислоту без пребиотика. Группы были идентичны по возрасту, полу, структуре бактериальных осложнений.

Результаты исследования. Статистически достоверной разницы в динамике клинических и лабораторных показателей в сравниваемых группах не отмечалось. У детей, получивших курс Экоклава, в 55% случаев зарегистрированы позитивные изменения кишечного микробиоценоза, у 30% детей кишечная микрофлора не претерпела каких-либо существенных изменений, у 3 детей были отмечены негативные тенденции в составе микрофлоры кишечника. В группе сравнения, в 75,1% случаев были негативные изменения в микробном пейзаже кишечника, у 1 ребенка – позитивные изменения, и у 2 детей микрофлора не претерпела изменений.

Выводы. Клиническая эффективность препаратов Экоклав и амоксициллин/клавулановая кислота сопоставима. Применение Экоантибиотика способствует снижению отрицательного влияния антибактериальной терапии на нормальную микрофлору кишечника. Результаты данного исследования позволяют надеяться, что внедрение Экоклага в клиническую практику откроет перспективы для терапии, не требующей дополнительных сил и средств для восстановления кишечного микробиоценоза.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОДНОГО СТАТУСОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Норалиев Исмоилжон Абдуллаевич
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить математическую оценку риска развития нарушения функций вегетативного и тиреоидного статусов с точки зрения доказательной медицины

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинко-лабораторном обследовании 90 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2017 по 2019 год.

Результаты исследования. Суть метода заключается в том, что вместо обычных интенсивных показателей используют НИП, который можно рассчитать по формуле: $N = g/M$, где: N – нормированный интенсивный показатель (НИП), g – интенсивный показатель НВТС на сто обследованных, M – «нормирующий показатель».

В качестве нормирующей величины в данном случае принимается средняя частота НВТС по данным всего исследования (на 100 обследованных).

Например, у больных детей частота возникновения БА составляет 37,5 а частота возникновения НВТС составила 55,6. Тот же показатель среди всех обследованных составил 48,1. Эта величина была взята как «нормирующий» показатель (M). Подставив в приведенную формулу соответствующие величины, мы получили следующие нормированные интенсивные показатели: у больных БА $НИП1 = 37,5/48,1 = 0,78$ а больных НВТС – $НИП2 = 55,6/48,1 = 1,12$. Показатель относительного риска (R) = $1,12/0,78 = 1,44$.

Аналогично рассчитывались НИП по всем остальным факторам риска. Полученные НИП и являются тем исходным стандартом, с помощью которого можно дать интегрированную оценку риска возникновения НВТС как по отдельному фактору, так и по их комплексу.

Как известно, факторы имеют различную силу влияния на развитие НВТС. Поэтому мы учли и значение показателя относительного риска по каждому фактору. Зная показатель относительного риска (R) возникновения заболевания и нормированный интенсивный показатель (N), можно определить силу влияния на возникновение НВТС каждого отдельно взятого фактора, т.е. прогностический коэффициент (X).

Эта величина определяется так: $X = R \cdot N$, где X – интегрированный показатель риска от силы влияния отдельного фактора (прогностический коэффициент); N – НИП НВТС; R – показатель относительного риска.

Если учесть, что в нашем примере показатель относительного риска (R) составлял 1,44, $НИП1 = 0,78$, $НИП2 = 1,12$, то интегрированный показатель силы влияния каждого отдельного фактора, т.е. прогностический коэффициент, составил:

$1,44 \cdot 0,78 = 1,12$, минимальное значение;

$1,44 \cdot 1,12 = 1,61$, максимальное значение.

Вывод: Таким образом, изменения со стороны гормональной системы у больных БА находятся в состоянии защитной адаптации с быстрым истощением этих процессов при тяжѣлом течении БА, что сопровождается гормональным дисбалансом.

Клинические проявления гипопункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определённые трудности в её своевременном распознавании. В связи с этим, нами сделана попытка выявить специфические жалобы больных БА относительно гипопункции щитовидной железы.

СВЯЗЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Носирова Ф.Ж., Мамажанова Ш.К., Абдуллаева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Анемия беременных занимает особое место в акушерстве и гематологии и представляет собой смежную проблему, имеющую важное теоретическое и практическое значение. Анемия беременных является широко распространенным видом анемий, оказывающим неблагоприятное влияние на течение гестационного процесса, родов, состояние плода и новорожденного.

Цель исследования. Выявить частоту, факторы риска, особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояние плода и новорожденного у пациенток с анемией.

Материалы и методы. Ретроспективно, методом выборки из историй родов Андижанского областного перинатального центра, были отобраны 500 историй родов пациенток с анемией разной степени тяжести за 5 лет.

Результаты. Средний срок беременности, при котором была выявлена анемия, составил $24,51 \pm 2,75$, при этом среднее значение гемоглобина – $80,4 \pm 7,05$ г/л; уровень цветового показателя – $0,88 \pm 0,054$. Возраст беременных колебался от 17 до 35 лет (в среднем $26,32 \pm 4,97$ года). Из всех обследованных женщин с первой беременностью было 232, что составило 46,4%; повторнородящих – 268 (53,5%). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 393 пациенток (78,5%). Среди перенесенных гинекологических заболеваний встречались: острый и хронический рецидивирующий сальпингоофорит – у 237 (47,4%); эндометрит – у 224 (44,8%), привычное не вынашивание – у 198 (39,6%); кисты яичников – у 48 (9,6%); миома матки – у 15 (3%). Акушерский анамнез был отягощен: медицинскими абортами – у 324

(64,7%) пациенток; самопроизвольными выкидышами – у 284 (56,8%); неразвивающимися беременностями – у 152 (30,4%) пациенток. В структуре экстрагенитальной патологии у 112 (22,4%) беременных были выявлены заболевания почек, у 102 (20,4%) – вегето-сосудистая дистония, у 31 (6,2%) – ожирение, у 23 (4,6%) – заболевания щитовидной железы. При анализе осложнений данной беременности у пациенток с анемией в основном преобладали: угроза прерывания беременности – у 301 (60,2%), хроническая фетоплацентарная недостаточность – у 256 (51,2%), хроническая гипоксия плода – у 157 (30,4%), ранний токсикоз – у 159 (31,8%), преэклампсии – у 182 (36,4%) беременных. Острыми респираторными вирусными инфекциями переболели 66 (13,2%) беременных, кольпит – у 86 (17,2%) пациенток. Анализ родов у беременных с анемией показал, что у 123 (24,6%) рожениц отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности выявлены у 151 (30,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 80 (16%). Преждевременные роды отмечались у 13 пациенток, что составило 2,6%, роды путем операции кесарево сечение закончились у 120 (24,0%) пациенток. Субинволюция матки в послеродовом периоде отмечалась у 158 женщин (31,6%). Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода были проанализированы у 100 новорожденных, масса которых колебалась от 2130 до 4620 г. Клинические признаки задержки внутриутробного развития наблюдались у 137 (27,7%) новорожденных. Асфиксия легкой степени отмечалась у 68 (13,6%) детей.

Выводы. 1. На основании проведенного анализа акушерских и перинатальных исходов у пациенток с анемией были выявлены такие значимые факторы риска, как отягощенный инфекционный, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, вирусоносительство, хронические воспалительные заболевания матки и придатков, хронические заболевания внутренних органов, бесплодие, преждевременные роды и перинатальные потери, рождение детей с пороками развития и др. 2. Углубленное изучение данных анамнеза, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного показало, что пациенток с анемиями необходимо относить к группе высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ПЕРИОДА

*Носирова Ф.Ж., Абдуллаева М.А., Мамажонов Ш.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Важную роль в возникновении ювенильных маточных кровотечений играют хронические и острые инфекционные заболевания, гиповитаминозы, физические перегрузки и психические травмы. В период полового созревания инфекционно-токсические влияния нарушают функцию гипоталамических структур, регулирующих становление менструальной функции. Нарушение стероидогенеза в яичнике сопровождается развитием персистирующих и атрезирующих фолликулов, то есть приводит к ановуляции. Обратное развитие персистирующих или атрезирующих фолликулов приводит к значительному снижению уровня эстрогенов.

И в ответ на это возникает маточное кровотечение эндометрии, которое не подвергается секреторной трансформации.

В сосудистой системе эндометрии при длительной эстрогенной стимуляции возникает извращение сосудистых реакций: тромбоз, отек, полнокровие.

Цель исследования. Применение низких доз препарата КОК Регулон для гормонального гемостаза у девочек-подростков.

Материалы и методы. Нами были обследованы 32 девочки подросткового возраста, обратившиеся с жалобами на длительные обильные менструации. У 12 больных менструации пришли после 5-6 месячной задержки, у 20 больных задержка месячных не превышала 3-4 месяцев. У всех больных отмечались признаки вторичной анемии и отсутствие эффекта от проведенной симптоматической терапии. На УЗИ выявлена гиперплазия эндометрии, толщина эндометрия - 10 мм и более. У 6 больных обнаружены были кишечные паразиты, им произвели дегельминтизацию. Всем девочкам проведен гормональный гемостаз низкими дозами КОК Регулон по схеме: по 1 таблетке каждые 6 часов до остановки кровотечения, в последующие дни количество таблеток уменьшалось ежедневно на одну в течение 21 дня. В последующие 3 месяца препараты назначались по стандартной схеме. Кроме этого, для нормализации менструального цикла назначались фолиевая кислота по 1 таблетке с 5-15 дня цикла, токоферол 100 мг с 16-28 дня цикла, аскорбиновая кислота 10 мг с 16-28 дня цикла. Состояние больных улучшилось. У 25 больных отмечалась нормализация менструального цикла после 3 месячного лечения, 7 пациенток продолжили лечение до 6 месяцев с дальнейшей нормализацией цикла.

Выводы. Низкие дозы препарата КОК Регулон являются эффективным препаратом для лечения ювенильных кровотечений.

Своевременная коррекция гормональных нарушений у девочек – подростков позволяет восстановить репродуктивное здоровье.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, АССОЦИИРУЕМЫЙ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА.

*Нуъмонов Х. М., Холматов Д.Н., Ефименко О.В.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным литературы, одним из часто встречаемых признаков дисплазии соединительной ткани является пролапсирование митрального клапана в полость левого желудочка.

Цель: Изучить ассоциативную связь пролапса митрального клапана с нарушениями ритма сердца у детей.

Методы исследования: Обследовались школьники общеобразовательных школ с использованием двухэтапной программы. Отобрано 562 школьника с различными видами нарушений ритма сердца (НРС), которым в дальнейшем проведено углубленное обследование в детском кардиоревматологическом отделении.

Результаты исследования показали, что пролапс митрального клапана (ПМК) среди больных детей с аритмиями нами обнаружен у 10 детей (1,42%), при этом у 1 ребенка с синусовой тахикардией (1,11%), у 1-го с миграцией водителя ритма (1,78%), у 2-х с блокадой правой ножки пучка Гисса (4,65%), у 4 детей с преждевременным возбуждением желудочков (4,82%) и у 1 ребенка при синдроме укороченного интервала QT (4,35%). При клиническом наблюдении эти дети были эмоционально лабильными (25,0%), жаловались на чувство нехватки воздуха – «вздохи» (37,5%), перебои в области сердца (12,5%) и кардиалгии в течение 1-5 минут (37,5%). 5 из 8 детей были астенического телосложения (62,5%), именуемое в литературе долихоморфным. Пролапс митрального клапана у больных детей сочетался с деформацией грудной клетки (сколиоз-1, куриная грудь- 1), веснушками на коже у 1-го, выраженной венозной сетью на туловище (1), плоскостопием (1), гиперрастяжимостью кожи (2). Электрокардиографически у больных детей с пролапсом митрального клапана выявлялись признаки блокады правой ножки пучка Гисса (в 2 случаях), инверсия зубца Т во II, III и AVF отведениях (в 3-х случаях), аномальные высокие зубцы Т в правых прекардиальных отведениях. Аускультативно пролапс митрального клапана нами установлен лишь в 2-х случаях, в связи с систолическим «щелчком» по левому краю грудины, в IV межреберье, более выраженном после 10-15 приседаний (физическая нагрузка). В 6 случаях пролапс митрального клапана установлен по ЭхоКГ на основе характерной ему УЗИ картины: выбухание задней створки митрального клапана у 5 детей и передней у одного ребенка в полость левого предсердия более чем на 5 мм.

Выводы: Таким образом, большое сочетание пролапса митрального клапана с дизморфиями не случайное явление, оно может свидетельствовать о структурной неполноценности соединительной ткани, в том числе, клапанного аппарата сердца.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИЗМОРФИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКАХ ТЕЛА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Нуъмонов Х.М., Холматов Д.Н., Ефименко О.В., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель работы: Выявить особенности фенотипа в популяции школьников с нарушениями ритма и проводимости сердца.

Материалы и методы: Обследовано 562 школьника (7-14 лет), у которых предварительно на ЭКГ выявлены нарушения ритма и проводимости сердца. Для оценки дизморфий отобрано 159 внешних проявлений.

Результаты: Нами проанализированы внешние проявления дизморфии (пороки развития) и микроаномалии. По количеству признаков они распределялись по частям тела следующим образом: I череп – 16; II область лица (глаза)- 25; III область лица (носогубный треугольник) – 32; IV область ушей – 15; V область шеи – 6; VI грудная клетка – 16; VII верхние конечности - 13; VIII нижние конечности – 20; IX кожа и ее производные – 16; X рост и развитие детей – 3 (длина, масса тела, окружность грудной клетки).

Общее количество дизморфии среди всех обследованных детей (562) с нарушением ритма и проводимости сердца составили 768 случаев, и на одного ребенка в среднем приходится 1,37 дизморфий. Между тем, аналогичные данные для здоровых детей составили, соответственно, 62 и 0,62. Наибольшая концентрация микроаномалии и дизморфий в расчете на одного ребенка, имелась в группе детей с блокадой левой ножки пучка Гиса – 7,75, блокадой правой ножки пучка Гиса – 3,47, синдромом ранней реполяризации желудочков – 3,0, преждевременным возбуждением желудочков – 2,54, синдромом укороченного интервала QT – 1,78 и миграцией водителя ритма – 1,08. Наименьшее количество дизморфии, имевшие порог ниже, чем у здоровых (0,62) обнаруживались у детей с синусовой аритмией – 0,59, атриовентрикулярной блокадой – 0,56, экстрасистолией – 0,52 и синусовой брадикардией – 0,33.

Выводы: При изучении количества дизморфий, относящихся к общему исследуемому количеству признаков по разным частям тела больных детей выявлено, что наибольшее количество дизморфий встречается в области черепа (5,69), лица (носогубный треугольник) – 5,69, в нижних конечностях – 5,5, области глаз – 5,41: меньшее количество - в верхних конечностях и в области ушей, соответственно, 3,23 и 2,33. Однако последние в 10 и 5 раз превышают данные здоровых детей (0,31 и 0,47).

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Нуъмонов Х.М., Холматов Д.Н., Ефименко О.В., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Характеристика нарушений ритма и проводимости сердца и ассоциированных с ними фенотипических признаков до последнего времени изучаются раздельно, не установлена сопряженность последних с отдельными видами аритмий сердца.

Цель работы: Выявить особенности фенотипа в популяции школьников с нарушениями ритма и проводимости сердца.

Материалы и методы: Обследовано 562 школьника (7-14 лет), у которых предварительно на ЭКГ выявлены нарушения ритма и проводимости сердца. Для оценки дизморфий отобрано 159 внешних проявлений.

Результаты: Нами проанализированы внешние проявления дизморфии (пороки развития) и микроаномалии. По количеству признаков они распределялись по частям тела следующим образом: I череп – 16; II область лица (глаза)- 25; III область лица (носогубный треугольник) – 32; IV область ушей – 15; V область шеи – 6; VI грудная клетка – 16; VII верхние конечности - 13; VIII нижние конечности – 20; IX кожа и ее производные – 16; X рост и развитие детей – 3 (длина, масса тела, окружность грудной клетки). Общее количество дизморфии среди всех обследованных детей (562) с нарушением ритма и проводимости сердца составили 768 случаев и на одного ребенка в среднем приходится 1,37 дизморфий, между тем, аналогичные данные для здоровых детей составили, соответственно, 62 и 0,62. Наибольшая концентрация микроаномалии и

дизморфий в расчете на одного ребенка, имела в группе детей с блокадой левой ножки пучка Гиса – 7,75, блокадой правой ножки пучка Гиса – 3,47, синдромом ранней реполяризации желудочков – 3,0, преждевременным возбуждением желудочков – 2,54, синдромом укороченного интервала QT – 1,78 и миграцией водителя ритма – 1,08. Наименьшее количество дизморфии, имевшие порог ниже, чем у здоровых (0,62) обнаруживались у детей с синусовой аритмией – 0,59, атриовентрикулярной блокадой – 0,56, экстрасистолией – 0,52 и синусовой брадикардией – 0,33.

Выводы: При изучении количеств дизморфии, относящихся к общему исследуемому количеству признаков по отдельным частям тела больных детей, выявлено, что наибольшее количество дизморфии встречалось в области черепа (5,69), лица (носогубный треугольник) – 5,69, в нижних конечностях – 5,5, области глаз – 5,41; меньшее количество – в верхних конечностях и в области ушей, соответственно, 3,23 и 2,33. Однако последние в 10 и 5 раз превышают данные здоровых детей (0,31 и 0,47).

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Нуриддинова Г.Т., Махмудова Б.Ш., Солиева М.О., Арзибекова У.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема профилактики, диагностики и лечения ЖДА является чрезвычайно актуальной для здравоохранения многих стран мира, в том числе и для Узбекистана, в связи с ее широкой распространенностью. По данным различных исследователей встречаемость ЖДА варьирует от 60-80% у беременных, женщин фертильного возраста. Среди школьников – 40-50%. Школьный возраст является наиболее уязвимым периодом жизни, в связи с концентрацией факторов, приводящих к ЖДА, а также в связи с развитием при ней полисистемных нарушений, дистрофией внутренних органов, что высоко ассоциируется с низкой физической и умственной дееспособностью взрослых и детей.

Целью данного исследования явилось установление частоты дефицита железа среди детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В ходе рандомизированного исследования 12020 школьников города Андижан обследованы 930 детей в возрасте 7-14 лет, 10% наблюдений выбран популяции (охват, 77,5%). Основными критериями для постановки ЖДА у школьников явились: низкий уровень сывороточного железа ($\leq 18,0$ мкмоль/л); высокая общая ($\geq 60,0$ мкмоль/л) и латентная ($\geq 40,0$ мкмоль/л) железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС, ЛЖСС); низкий коэффициент ($\leq 30\%$) насыщения сыворотки трансферинном, уровень гемоглобина ≤ 110 г/л; количество эритроцитов

($\leq 4,25 \times 10^{12}$ /л); периферический гематокрит ($\leq 0,36$ л/л), среднее содержание гемоглобина (ССТЭ, $\leq 1,68$ фмоль/л); концентрация гемоглобина в одном эритроците (СКГЭ, ≤ 17 ммоль/л); низкий объем одного эритроцита (ООЭ, ≤ 75 фл). Критерием ЛДЖ явился уровень сывороточного железа $\leq 18,0$ мкмоль/л при содержании гемоглобина ≥ 110 г/л. При установлении латентного дефицита железа и манифестного дефицита железа (ЖДА) у обследованных детей соблюдались принципы стандартизации и унификации лабораторных методов исследования дефицита железа. Полученный материал статистически обработан точным методом Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием (ϕ) для относительных величин (Гублер Е.В. 1999).

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные сведения в ходе исследования показали, что у школьников в возрасте 7-14 лет, как у мальчиков (23,0%), так и у девочек (24,1% $P > 0,05$) довольно распространен ЛДЖ (табл.).

В отличие от девочек (24,9% и 23,2%, $P > 0,05$), у мальчиков с возрастом имеет место тенденция к увеличению частоты ЛДЖ (19,0% , 27,0%, $P < 0,05$). Частота ЖДА среди обследованных детей в зависимости от их пола существенно отличается. Так, если среди мальчиков в возрасте 7-10 лет (13,8%) и 11-14 лет (15,9%) частота ЖДА статически не различается ($P > 0,05$), то у девочек ее частота с возрастом увеличивается (30,0% и 40,5%, $P < 0,031$, $P < 0,001$). В среднем среди девочек в возрасте 7-14 лет частота ЖДА в 2,4 раза превышает (35,5%, $P < 0,001$) данных мальчиков (14,8%). В связи с этим суммарная величина ДЖ (ЛДЖ и ЖДА) увеличена у девочек соответственно в возрасте 7-10 лет (54,4%, $P < 0,001$) и 11-14 лет (63,8%, $P < 0,001$).

При изучении частоты ЖДА в зависимости от степени тяжести анемии установлено, что у 149 (63,9%) детей выявлена I степень, у 84 (36,1%, $P < 0,001$) II степень ЖДА с уровнем гемоглобина ≤ 110 г/л и ≤ 89 г/л, количество эритроцитов $\leq 4,0$ и $3,5 \times 10^{12}$ /л соответственно. Легкая степень ЖДА у мальчиков в возрасте 7-10 лет установлена в 9,1% случаях, а у девочек – в 8,9 % ($P > 0,05$). К возрастному этапу 11-14 лет, частота как легкой (24,1% против 10,7% мальчиков, $P < 0,05$), так и среднетяжелой степени ЖДА (16,4% против 5,15%, $P < 0,05$) среди девочек увеличивалась. Следовательно, среди школьников в возрасте 7-14 лет часто выявляется легкая степень ЖДА, последняя значительно распространена среди девочек. У мальчиков в возрастных этапах жизни (7-10 и 11-14 лет) общая частота ЖДА и степень тяжести последней не имеет тенденции к увеличению. Общая частота ЖДА у девочек увеличена, по сравнению с мальчиками, частота и степень тяжести анемии у них с возрастом усугубляется, что, видимо, связано с интенсивным ростом, а также в связи с гормональными перестройками в организме девочек.

Таким образом, эти данные требуют пристального контроля над обеспеченностью железом у девочек, активным выявлением и коррекцией латентно - дефицитной анемии с целью предупреждения развития ЖДА в период фертильного возраста.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИТЕЛООБРАЗУЮЩИХ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

*Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Махмудова Б.Ш., Пазилжанова М.П.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема гельминтозов является на сегодняшний день одним из приоритетных задач здравоохранения многих стран мира. Показано, что более 70% случаев инвазии глистами, приходится на детский возраст. У детей и подростков гельминтозы нередко являются предикторами развития хронических расстройств питания, дисфункции желудочно-кишечного тракта, сенсибилизации и ослабления иммунитета. Недоучет последних в патогенетической терапии гельминтозов может привести к снижению эффективности антигельминтных препаратов. В связи с этим продолжается поиск и разработка новых препаратов, оказывающих не только антигельминтные, но также иммуностимулирующие эффекты при комплексной терапии гельминтозов.

Цель исследования. Изучение антителиобразующих свойств нового отечественного препарата Гемалин у экспериментальных животных.

Материалы и методы исследования. У животных (мыши, линия Balb/C) в остром и хроническом эксперименте с применением препарата Гемалин (№1 и №4) изучали процессы антителиобразования по методу Jerne N.K. и Nordin A.A. (цит. по 2). В каждую серию работ включали по шесть животных (контрольная, препарат №1 и №4) всего 18. Номера препарата Гемалин (№1 и №4) означают различные дозы препарата. Препарат №1 – эта эффективная доза для мышей, препарат №4 по дозе превышает в 10 раз относительно препарата №1.

В остром эксперименте мышей типа Balb/C в/м иммунизировали эритроцитами барана в дозе 2×10^8 . Препарат Гемалин (№1 и №4) вводили внутривентриально ежедневно, начиная со дня иммунизации в течение 5 дней в нарастающих дозах: 0,1, 0,2, 0,3, 0,4 и 0,5 мл. Для хронического эксперимента препарат Гемалин (№1 и №4) вводили по следующей схеме: ежедневно в течение 6 дней в нарастающей дозе (0,1, 0,15, 0,2, 0,3, 0,4, 0,5) внутривентриально, по истечении недели схему повторяли. Через месяц снова повторяли эту схему. В конце острого и хронического эксперимента животных умерщвляли (воздушная эмболия) и определяли в их селезенке количество антителиобразующих клеток.

Материал обработан методом параметрической статистики (t-критерий Стьюдента), на программе Microsoft Office XP (Excel 2003).

Результаты исследования и их обсуждение. Как показали результаты острого эксперимента (рис. 1.А), препарат Гемалин в дозах №1 и №4 стимулирует процесс образования антител в селезенках мышей, при этом накапливается соответственно $188040,0 \pm 12075,5$ и $202240,0 \pm 6893,0$ антителиобразующих клеток, что в 2,25 и 2,44 раза выше, чем в селезенке контрольных животных ($81280,0 \pm 8562,6$ антителиобразующих клеток, $P < 0,001$, $P < 0,001$).

Из данных также видно, что препарат №4 обладает некоторым преимуществом по антителиобразованию по сравнению с препаратом №1 (на 8,5%) в остром опыте.

При длительном введении препарат Гемалин в дозах №1 и №4 также оказывает стимулирующее влияние на количество антителиобразующих клеток в селезенке экспериментальных животных (рис. 1.Б). Так, если в контрольной группе в селезенке животных выявлялось $74633,3 \pm 3262,8$ антителиобразующих клеток, то при хроническом применении препарата Гемалин (№1 и №4) количество антителиобразующих клеток увеличивалось соответственно до $108000,0 \pm 5838,7$ ($P < 0,01$) и $140000,0 \pm 6090,1$ ($P < 0,001$), т.е. в 1,44 и 1,87 раза выше, чем в контроле. Следовательно, что и при хроническом эксперименте процессы антителиобразования под воздействием препарата Гемалин (№1 и №4) также увеличиваются, однако в меньшей степени, чем в остром эксперименте, но стимулирующий (антителиобразование) эффект препарата Гемалин все же статистически достоверно сохраняется и при длительном его применении. При этом отмечается, что эффективность препарата №4, по сравнению с №1 более высокая (29,9%) при хроническом эксперименте, чем в остром опыте (8,4%, $P < 0,01$).

Известно, что антителиобразование обеспечивается В-лимфоцитами (1, 4), т.е., В-клетки под воздействием антигенного воздействия начинают усиленно пролиферироваться и трансформироваться в плазматические клетки, продуцирующие антитела (2), относящиеся к пяти классам иммуноглобулинов (Ig A, M, G, D, E). Между тем антитела являясь одним из основных показателей иммунного ответа, непосредственными защитными свойствами не обладают (1, 6), и они могут действовать на инфицирующий агент, лишь опосредованно, активируя систему комплемента, стимулируя адгезивную активность и цитотоксичность эффекторных клеток, усиливая фагоцитоз, адсорбируясь на поверхности макрофагов и повышая их сродство с антигенами (2). Видимо, в этом плане требуется дальнейшие углубленные научные изучения влияния препарата Гемалин на антителиобразование на клеточном уровне.

Выводы. Стимулирующий эффект на антителиобразование у экспериментальных животных под влиянием различных (№1 и №4) доз Гемалина обнаруживается как в остром, так и в хроническом опыте. Антителиобразующие свойства препарата Гемалин (№1 и №4) у экспериментальных животных основной группы по сравнению с контрольной более выражено в остром (2,25 и 2,44 раза), чем в хроническом опыте (1,44 и 1,87 раза). Однако эффективность препарата Гемалин (№4) по сравнению с №1, более высокая (29,9%) при хроническом эксперименте, чем в остром опыте (8,4%).

ПЕДИАТРИЯ ФАНИНИ ЎТКАЗИШДА АМАЛИЙ ЎЙИН УСЛУБИДАН ФОЙДАЛАНИШ

*Нуритдинова Г.Т., Хакимов Ш.К., Инаковой Б.Б., Махмудова Б.Ш.
Андижан Давлат Тиббиёт институти*

Машгулотларда интерфаол усулларни қўллашдан мақсад:

- талабаларнинг амалий машгулотларда иштирок этиш даражасини ошириш.
- талабаларнинг бир-биридан ўрганишга имкон бериш.
- гуруҳларда ўқитиш жараёнини кучайтириш ва талабаларни шу фанга бўлган қизиқишини орттириш.

- мавзуларга мос бўлган янги интерфаол усулларни танлай билиш (режа асосида) ва машғулотларни қизиқарли ўтказишга эришиш.

-ўз мутахассислигини чуқур эгаллаган, билимли, нутқ ва фикрлаш қобилияти равон, чуқур мулохазали, замон талабларига жавоб берувчи умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш [2,3].

Ўқитишнинг таъкилий формалари:

Ўқитувчи - ўқув материалларини талабага етказиб бериш жараёнининг ташкилотчиси, демак у барча таъкилий формаларда ўқитиш жараёнининг услубини билиши шарт (маъруза, амалиёт, семинар дарслари ва талабалар билан мустиқил ишлаш).

Талаба, ўқитувчи билан мулоқотда бўлганда, нафақат билимини оширади, балки янгила ўқитиш асосида кейинчалик ҳам билимини ривожлантиради. Педагогик тизимда ҳар қайси дарс турининг ўзига хос хусусияти бор. Аммо амалий машғулотларнинг роли катта, чунки унда ўқитувчи ўз таърибаси асосида усталик билан тушунтиришга ҳаракат қилади. Комплекс ўқитиш технологиясини янада ривожлантириб, касб маҳоратини ошириш учун ўқитиш доимий таъкилий асосида ўз устида ишлашни талаб қилади. Амалий машғулотлар талабаларда қабул қилиш ва хотирада сақлаш, диққат, фикрлаш, муҳокама қилиш ва сўзлаш қобилиятларини бирлаштиради, натижалар шунчалик сифатли бўлади, чунки улуғ Саъдий Шерозий айтганларидек «Хоҳишсиз ўқийдиган ўқувчи – бу қанотсиз қуш билан баробар».

Клиник фанларда интерфаол усулларни қўллаш жараён технологиясида фойдаланиладиган методлар, шакллар, усуллар, баҳолаш ва зарур материаллар.

Клиник фанларда талабаларга: "Стол ўртасида ручка" "Думалок стол", "Мияга хужум", "Қучсиз звено", "Қим қўпроқ, қим тезроқ", "Қор уюми", "Қор парчалари", "Дискуссия", "Синтетик", "Инцидент", «Уч поғонали интервью», «Муаммони ҳал қилиш усули», «Галерея бўйлаб тур», «Критик ҳолат таҳлили» каби педагогик усуллар қўлланилади. Интерфаол усулларнинг амалий машғулотларда жараён технологияси турлича бўлиб,

Масалан: "Стол устида ручка" усули:

Тахсил олаётган гуруҳ (жами:14 талаба)талабалари 2 та кичик гуруҳларга ажратилади. Ҳар бир кичик гуруҳга 1тадан савол ёзилган қоғоз берилади ва талабалар қоғозга исм шарифларини ёзиб, жавоб вариантларини ёзадилар. Ўқитувчи машғулотни диққат билан кузатади, агар талаба қоғоздаги саволга жавобни билмаса, қўлидаги ручкани стол ўртасига қўяди. Бошқа талаба жавоб беришга киришади ва ҳоказо. Талаба жавоб бера олмай ўз ручкасини стол ўртасига 3 марта қўйса, амалий машғулотнинг назарий қисмининг ўзлаштирмаган талаба сифатида савол-жавобларда қатнашмайди, аммо амалиётни бажаришда иштирок этади, машғулотнинг назарий қисмидан балл олиб билмайди. Бу усулда битта гуруҳга 5-6 та савол ёзилган қоғоз берилади ва барча қоғозларга талабалар исм шарифларини ва жавобни ёзадилар [1,4].

Бу усулнинг аҳамиятли томони шундаки, қисқа вақт ичида гуруҳдан қўп миқдордаги жавоб вариантларини олиш, талабалар билимини аниқлаш, уларни машғулотга тайёргарлик даражасини билиш, хотирада фан бўйича сақланиб қолган барча билимларни аниқлаш имкони туғилади.

Талабаларга педиатрияда ҳамширалик иши фани бўйича машғулотларни олиб боришда ўқитувчи мавзулар асосида мультимедияда слайдлар, буклетлар, флип-карта, лабораторияда таърибалар ўтказиш учун озиқ мухитлар, микробларнинг музей штамплари, макет ва муляжлар, амалий ўйинларнинг янги вариантлари, қўплаган тарқатма материаллар ўргатувчи ва назорат этувчи компьютер дастурлари, видеофильмлар, видеороликлар, диафильмлар, ўқув таблицалари тайёрлаши лозим.

Интерфаол усулларни қўллашдан кутиладиган натижа. Талабанинг профессионал ўқишга тайёрлаш олий ўқув юртидан бошлаб, бутун умрга қолади. Клиник фанларда амалий машғулотлар сўнггида талабалар:

- Мустиқил равишда беморни паспорт қисмининг тўлдириш, субъектив-объектив текшириш.
- Бемордан олинган текширувчи материал билан эхтиёткорона ишлашни;
- Мустиқил равишда касаллик тарихини тўлдиришни;
- Мустиқил равишда беморни пайпаслаш, перкуссия, аускультация қилиш;
- Илмий адабиётларни мустиқил равишда интерпретация қилишни ўзлари мустиқил бажара олишади.

Интерфаол усулларда ўқитишнинг самарадорлигини баҳолаш мезонлари ва мониторинг.

Педагог - ўқув материалларини талабага етказиб бериш жараёнининг ташкилотчиси, демак у барча таъкилий формаларда ўқитиш жараёнининг услубини билиши шарт (маъруза, амалиёт, семинар дарслари ва талабалар билан мустиқил ишлаш). Ушбу янги интерфаол усуллар ўқитувчилар ва талабалардан ўз устида мустиқил ишлашни, маълумотга бой материаллар йиғиб, техник воситалардан фойдаланишни ўргатади. Ўқитувчи муаммони саволни ечишда ҳар хил альтернатив йўللار кўрсатади, қўшимча саволлар бериб баҳслашади, муҳокама қилади, ҳулоса қилади.

Фаол ўқитиш усуллари маърузани тушунишни чуқурлаштиради, кенгайтиради ва билимини мустиқамлашди, қўшимчалар ҳосил қилишда назарий билим захирасини тайёрлайди, талабаларни машғулотларда фаол қатнашишини, ҳамкорликда ишлашларини кўзда тутаяди ва талабаларнинг нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Талабада хоҳиш бўлиши учун эса, ҳар бир педагог ўз иш таърибасида

П.Ушинский маслаҳатиға таяниш лозим. «Ўқувчи - бу идиш эмаски, уни тўлдириш лозим бўлса, балки у машғал - уни ёқиш керак». Замонавий педагогик технология асосида талабаларнинг фанга, ўқишга бўлган иштиёқини ошириш учун ижобий билимларни мустиқил баҳолаш лозим [1,3].

Фаол ўқитиш анъанавий усуллари билан фарқ қилади?

Бу ўқитиш врачнинг иш фаолиятига ўхшаш шароитда ўтади ва муаммони ҳолатларни ҳал қилишга йўналтирилади.

Талаб қилишнинг энг асосий кўрсаткичи бўлиб, талабанинг фикрлаш қобилияти ҳисобланади. Талаба қанчалик фикр қилса, билим ўрганса, тушунча ва онги ривожланади, шунчалик унинг келажакдаги узлуксиз таълим олиш ва фаолиятига тайёргарлиги ошади. Бутун умр давомида ўқиш, изланишга бўлган талаб натижасида эса яхши мутахассис бўлиб етишади. Бу эса Ўзбекистон Республикаси кадрлар тайёрлаш миллий дастури ва Республика Соғлиқни Сақлаш системасида Давлат дастури талабига мос келади.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НЕОНАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ

Нурматова Н.С., Холова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ приблизительно 5–10 % всех новорожденных нуждаются в медицинской помощи в родильном зале, а около 1 % — в полной реанимации. Оказание адекватной помощи новорожденным в первые минуты жизни позволяет снизить их смертность и/или заболеваемость на 6–42 %. Степень владения медицинским персоналом, присутствующим при родах, методами первичной реанимации новорожденного не только положительно влияет на их выживаемость, но и на дальнейшее развитие, уровень здоровья в последующие возрастные периоды.

Цель. Оценка информированности неонатологов по вопросам оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным детям.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов анонимного анкетирования 76 врачей-неонатологов.

Результаты. Несмотря на значительную продолжительность работы по специальности (в среднем — 17,4±1,6 года), наличие высшей и первой квалификационной категории у 78,9% врачей их информированность по вопросам оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным нельзя считать достаточной. Треть (31,6%) респондентов не знают критериев эффективности реанимационных мероприятий, 26,4% — критериев эффективности искусственной вентиляции легких, 21,1% допускают проведение тактильной стимуляции при глубокой недоношенности, 42,1% не имеют четких представлений о целесообразности ее проведения при меконияльном окрашивании околоплодных вод. Большинство (82,4%) врачей считают возможным использование концентрации кислорода менее 40% при проведении вентиляции легких через лицевую маску, 52,6% допускают возможность использования налоксона при медикаментозной депрессии плода, 57,9% ошиблись в выборе кардиотонических средств.

Выводы. Результаты анализа информированности врачей-неонатологов по вопросам оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным свидетельствуют о необходимости усиления их профессиональной подготовки, в том числе с использованием симуляционных технологий, с целью повышения качества перинатальной помощи.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Оллабергенов О.Т., Углонов И.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Длительность течения и тяжелые осложнения гнойно-деструктивных заболеваний легких у детей приводит к развитию хронических форм заболевания и инвалидизации больных, что связано с выработавшейся в процессе лечения резистентностью микроорганизмов. Раннее выполнение малоинвазивных вмешательств способствует полной резекпансии легкого в фибринозно-гнойной стадии плеврита и предупреждению развития хронического бронхолегочного и внутриплеврального воспаления.

Цель исследования является улучшение результатов лечения гнойно-деструктивных заболеваний легких у детей путем раннего выполнения малоинвазивных санационных видеоторакоскопических вмешательств.

Материал и методы исследования. За период с 2015 по 2019 гг., на стационарном лечении в клинике ТашПМИ находилось 130 больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких в возрасте 3 до 15 лет, из которых 17 (13,1%) больным с пиофибринотораксом, были выполнены видеоторакоскопические вмешательства.

Результаты и обсуждение. Учитывая возможность тяжелых осложнений и переход заболевания в хронический процесс с развитием выраженного спаечного процесса в плевральной полости, 17 больным с гнойно-деструктивными заболеваниями легких, осложненными пиофибринотораксом, выполнены видеоторакоскопические вмешательства. Показаниями для проведения санационной видеоторакоскопии при гнойно-деструктивных процессах в легких служили: наличие пиофибриноторакса с отрицательной динамикой и отсутствием эффекта от длительного консервативного лечения, усугубление проявлений дыхательной недостаточности вследствие хронической гнойной интоксикации и ограниченная резекпансия легкого, которые наблюдались несмотря на ранее проведенные пункции и дренирования плевральной полости.

Во всех случаях ранняя санационная видеоторакоскопия позволяла проведению полноценной санации плевральной полости, пневмолizu, а при необходимости и декорткации легкого при бактериальной деструкции легких, осложненной пиофибринотораксом. Проведенные санационные видеоторакоскопии при бактериальной деструкции легких, осложненной пиофибринотораксом, позволили добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения, ни в одном случае перехода в традиционную торакотомию не было.

Выводы. Таким образом, преимуществом санационной видеоторакоскопии при бактериальной деструкции легких, осложненной пиофибринотораксом является мини -травматичность вмешательства, возможность полноценного осмотра и ревизии грудной полости, адекватное проведение санации плевральной полости с устранением патологических очагов. Выполненные исследования показали высокую эффективность видеоторакоскопических вмешательств у детей с пиофибринотораксом при различной давности воспалительного процесса.

ASSESSMENT OF THE REHABILITATION OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITALS.

*Oripova F.Sh., Abdieva N.
Bukhara State Medical Institute*

Inflammatory diseases of the reproductive system are a common cause of infertility, miscarriage, occupy a significant proportion in the structure of maternal and perinatal mortality, their prevention and therapeutic correction continue to be extremely relevant and pose a significant public health problem. The issues of treatment and rehabilitation of patients with inflammatory diseases of the genitals are very relevant, since relapses and chronic inflammatory processes worsen the prognosis for generative function, which is an important social and economic problem.

The goal - to evaluate the treatment and preventive measures during pregnancy in women with inflammatory diseases of the genitals.

Material and Methods. The main clinical trials included 187 pregnant women belonging to the high perinatal risk group (the degree of perinatal risk was more than 10 points) who had a history of premature birth, miscarriage, and fetal death. Depending on the management tactics, we identified the following groups: the main group (OH) included 50 women who received treatment aimed at the prevention of primary and secondary placental insufficiency (pregnava preparation); group 1 included 67 women who underwent therapeutic measures aimed at the prevention of extragenital diseases, during gestation up to 16 weeks; group 2 included 70 women who underwent therapeutic measures aimed at preventing ED in the gestational period after 16 weeks. For comparison (comparison group), we analyzed the data of a clinical examination of 50 women whose pregnancy ended in normal urgent delivery (live full-term babies), and according to a morphological study, there were no signs of inflammation. The average age of the women in the exhaust gas was 27.49 ± 1.91 g; 1 group - 28.00 ± 2.05 g; 2 group - 28.36 ± 2.24 g; GS - 26.78 ± 1.98 g. No significant difference between the age data of the examined groups was obtained.

The algorithm for examining women with a high perinatal risk group included the following steps:

Stage I - analysis of the causes of perinatal mortality according to the clinical course of pregnancy and childbirth: identification of the leading cause of perinatal mortality.

Stage II - diagnosis when establishing a diagnosis with an assessment of the differential diagnosis: assessment of clinical data (complaints, bimanual study); study of the nature of vaginal and cervical contents; study of the microbial spectrum of the cervical canal and endometrium; assessment of the pH of vaginal discharge, ultrasound of the pelvic organs in dynamics; analysis of pathomorphological data (aspirates and biopsy samples from the cervical canal and uterine cavity); the study of hemostasiograms in dynamics; hormonal examination (according to indications).

Stage III - diagnostics in the course of treatment in order to monitor the effectiveness of treatment: determining the duration of the course of treatment and rehabilitation therapy; normalization of the psycho-emotional environment; correction of existing gynecological pathology; assessment of the dynamics of the results of the treatment; rehabilitation measures.

Stage IV - pregnancy planning, pregnancy management.

Results. Laboratory diagnostic and clinical examination of women of the main group, the gestational period in which ended with PR and perinatal mortality (PS), was carried out after 6-8 weeks. after childbirth.

Carrying out measures aimed at identifying the causative agents of sexually transmitted infections (STIs) in the cervical canal showed that in patients with OG representatives of the class Mollicutes (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalis*) were detected at 80.00 ± 5.66 % *Candida albicans* (40.00 ± 6.93 %) were in second place in the frequency of determination, and *Gardnerella vaginalis* (34.00 ± 7.00 %) in third place. Mono-infection was diagnosed in 20.00 ± 5.66 %, in other cases (80.00 ± 5.66 %), microbial associations were detected ($p < 0.001$). The frequency of detection of representatives of the class Mollicutes (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalis*) in the endometrium in women with OG corresponded to 34.00 ± 7.00 %. The frequency of the gynecological pathology revealed by us indicates that women with GH ($n = 50$) were dominated by diseases of the inflammatory genesis of the chronic course with adhesions.

Since it was necessary to normalize vaginal biocenosis for further diagnostic and therapeutic measures in women with OG, we used treatment regimens for bacterial vaginosis and candida vaginitis. Monitoring of the effectiveness of treatment was carried out on the basis of clinical, bacterioscopic research methods. The results obtained after 1 month showed the effectiveness of the proposed therapy and normalization of the vaginal biocenosis in patients with hypertension and HS. Further tactics of managing patients with hypertension was aimed at the treatment of acute and chronic inflammatory processes of the female genital organs (endometritis, salpingoophoritis, cervicitis). For this purpose, women and their sexual partners were prescribed courses of antimicrobial, etiotropic therapy with tetracycline drugs, macrolides (doxilan 100 mg, azithromycin 500 mg). At the same time, a course of immunomodulating antiviral therapy was carried out (Proteflazide suppositories vaginally 6-12 days). In order to prevent adhesions for all inflammatory diseases, women were prescribed Distreptase suppository No. 6 at night rectally. This unique duo has been comprehensively used for the treatment of purulent-inflammatory processes and the prevention of adhesive disease, especially after complicated and surgical interventions in women with a history of abortion and an undeveloped pregnancy. The use of distreptase improves microcirculation in the focus of inflammation increases the concentration of macrophages and the access (concentration) of antibacterial and drugs to the focus of inflammation. The above courses of antimicrobial therapy were prescribed from the first day of the menstrual cycle, for 14 days. The treatment was carried out over three menstrual cycles. The cure was monitored after 4 weeks. after the course of treatment. A second course of antimicrobial therapy was not required, since the absence of a microbial pathogen was recorded in all 50 patients with hypertension. When conducting a second bimanual examination and ultrasound (after a course of antimicrobial therapy) in women with OG, the presence of pathological lesions in the appendages was confirmed in 14.00 ± 4.91 % (7 women). Carrying out pregravid preparation, in our opinion, was aimed at the prevention of all somatic diseases. Since pregravid preparation was not performed in women of groups 1 and 2, we studied the structure of inflammatory diseases of the genitals and the features of the microbial landscape (Tables 1, 2). Pregnant women of the 1st group received a course of etiotropic, antimicrobial therapy from 12-14 weeks. gestational period, and patients of the 2nd group received etiotropic, antimicrobial therapy after 22-24 weeks. pregnancy and later. The rationale for antimicrobial therapy was the

presence of inflammatory diseases of the genitals and urogenital system. The frequency of detection of pathogens that caused the development in patients of groups 1 and 2 of inflammatory diseases of the genitals (vaginitis, cervicitis).

The first place in the structure of the microbial landscape was occupied by representatives of the Mollicutes class: group 1 - $44.78 \pm 6.08\%$; Group 2 - $47.14 \pm 5.97\%$. *Candida albicans* took the second place (group 1 - $23.88 \pm 5.21\%$; group 2 - $25.71 \pm 5.22\%$). *Gardnerella vaginalis* occupied the third place in the distribution frequency (group 1 - $17.91 \pm 4.68\%$ and group 2 - $18.57 \pm 4.65\%$). Microbial associations were found in 49 ($73.13 \pm 5.42\%$) women of the 1st group and in 52 ($74.29 \pm 5.22\%$) patients of the 2nd group.

Conclusion. Thus, the result of primary and secondary prevention of PN is the absence of clinical manifestations of miscarriage in the period up to 16 weeks. gestational period in women of exhaustive body. Secondary prevention of PN in women of group 1 showed that in pregnancy up to 16 weeks. The threat of abortion was diagnosed in 6 ($8.96 \pm 3.49\%$) women. The absence of preventive measures of primary and secondary PN in women of the 2nd group indicated the presence of a threat of termination of pregnancy in the period of 10-16 weeks in 15 ($21.43 \pm 4.90\%$) cases, which was statistically significant ($p < 0.05$). During the prevention of primary and secondary PN in women with a high perinatal risk group (OG) with inflammatory genital diseases, no PS cases have been reported. Early neonatal morbidity was 40.0 %. During secondary prevention of PN in women with a high perinatal risk group (group 1), there were no cases of PS. Chronic PN (compensated form) was in $8.96 \pm 3.49\%$ of cases. The presence of an inflammatory component was noted in 2.98%. Early neonatal morbidity was 29.9 %. In group 2 (high perinatal risk group) with inflammatory diseases of the genitals, prevention of primary and secondary PN was not carried out. In this group, therapeutic measures were carried out with an existing PN. Chronic PN was diagnosed according to morphological research in 100.0% of cases (compensated, subcompensated, decompensated form). No cases of PS have been reported. The frequency of the inflammatory component in the placenta was $62.86 \pm 5.78\%$. Early neonatal morbidity was 657.14 %. However, the frequency of the decompensated form of PN was significantly less frequent ($p < 0.001$) than in cases of termination of pregnancy and childbirth by perinatal losses. An analysis of the morphological situation of the afterbirth in the GS (a low group of perinatal risk) indicated that the presence of chronic PN (compensated form) was recorded in $7.69 \pm 4.27\%$ of cases. The presence of an inflammatory component in the afterbirth was in $5.12 \pm 3.53\%$ of cases. In this group of cases, PS was not noted. Early neonatal incidence was 76.9 %.

HAVFSIZ ABORT ASORATLARI PROFILAKTIKASI

*Ochildiev A.A., Xudoyarova D.R., Kobilova Z.A., Shopulotov Sh.A.
Samarqand Dalat Tibbiyot Instituti*

Dolzarbli. Havfsiz medikamentoz abort oilani rejalashtirishda istalmagan homiladorlikni to'xtatish usullaridan biri bo'lib, xirurgik homiladorlikni to'xtatishning al'ternativ usulidir. Afsuski xozirgi vaqtda abortlar oilani rejalashtirish usullaridan biri bo'lib qolmoqda. BJSST ma'lumotlariga ko'ra xavfsiz abortlar ruxsat berilgan mamlakatlarda zamonaviy texnologiyalarni qo'llash yo'li bilan o'tkazilgan abortlarda onalar o'limi ko'rsatgichi 1:100000 dan oshmaydi. Havfsiz abortlar ruxsat berilmagan mamlakatlarda erta muddatlarda o'tkazilgan abort asoratlari oqibatida yuz beradigan onalar o'limi ko'rsatgichi 100 ta aralashuvning 0,9-3,5 xollariga tug'ri keladi. Xar yili butun dunyoda 500 000 nafar FYoA homiladorlik tufayli o'ladi, onalar o'limining 15% xavfli abort asoratlari natijasida kelib chiqadi va 5 mil nogiron bo'lib qolish kuzatiladi. Onalar o'limining 98% rivojlanayotgan mamlakatlarga tug'ri keladi. Rossiyada su'niy tibbiy abort asoratlari natijasida yuz beradigan o'lim 100 000 tirik tug'ilganlarga nisbatan 0-3 xollarga yoki barcha onalar o'limining 0,05% ga tug'ri keladi. 12 haftadan keyin homilani to'xtatish barcha su'niy abortlarning 10-15% tashkil qiladi. Homiladorlikni medikamentoz to'xtatishning avvalliklari: bachadon bo'ynini yetiltiradi, miometriyani qisqartiradi va homila noinvaziv usulda tushadi. Abortdan keyingi endometrit, septik kasallaklar va onalar o'limi kamayadi, ikkilamchi bepustlik kelib chiqmaydi.

Tadqiqot maqsadi. Medikamentoz abortdan keyingi erta va kechki asoratlarni analizi va profilaktikasi.

Tadqiqot materiallari va usullari. SamDTI 1-klinikasi va Samarqand shahar 1-son tug'ruq majmuasi miqyosida, xavfsiz abort uchun murojat qilgan 90 ta ayollarni 2 guruhga bo'ldik: birinchi guruh 30 nafar homiladorligi (4-12 hafta) xirurgik tushirilgan ayollar, ikkinchi guruh 30 nafar homiladorligi (4-12 hafta) medikamentoz tushirilgan ayollar. Barcha homilador ayollarga prospektiv anamnez yig'ish, umumiy qon va siydik tahlili, UTT, qin surtmasi bakteriologik tekshirilishi, koagulogramma, qon guruhi tahlili o'tkazilgan.

Tadqiqot natijasi: Birinchi guruhda homiladorlikni jarrohlik yo'li bilan to'xtatishda 4-8 haftalik homiladorlarda ($n = 15$), 100% samaradorlik berdi va 13,3% holda jarrohlik abortdan so'ng operatsiyadan keyingi endometrit rivojlanishi bilan asoratlandi. Jarrohlik aborti 9-12 haftalikdan so'ng ($n = 15$), 100% samara berdi, asoratlari 6,7% holda kuzatildi, bu operatsiyadan keyingi endometrit bilan. Spontan abortda ayollarni qorin bo'shlig'ini ochish operatsiya orqali davolandi.

2-guruhda abortlar 4 haftadan 12 haftagacha bo'lgan homilalarga nisbatan ikki usulda qilingan. 1-usul, homiladorlik davri 4-8 hafta ($n = 15$) bo'lgan ayollarga, mifepriston 1 tabletkadan og'iz orqali, 48 soat davomida 800 mg mesoprostol va 1 soatdan keyin 400 mg mesoprostolper qo'llanilganda - 86,7% holda homila tushushi kuzatilgan. Dori vositalariga sezgirlikning yo'qligi 6,67% ayollarda kuzatilgan. Homila abortining asoratlari 6,67% holda kuzatilgan. Abortning homilaga ta'siri, har 2 soatda 400 mkg mezoprostolper takrorlanganda yuzaga kelgan. Mezoprostolning umumiy dozasi bunda 1600 mkg yetdi.

2-usul: Mifepriston 1 tabletkasini og'iz orqali, 48 soatdan keyin og'iz orqali 400 mkg isoprostol va og'iz orqali 3 soat davomida 400 mk isoprostolper qo'llanilganda - 53,4% samaradorlik kuzatilgan. Preparatga sezgirliyi yo'q ayollar 20% ni tashkil qildi. Bu usulda quyidagi asoratlarni kuzatildi: g'ayritabiiy abort 26,7% va qon quyqalari ham 26,7%.

Homiladorlikni to'xtatishning 1-usuli, homiladorlik 9 dan 12 haftagacha ($n = 15$) bo'lganda, mifepriston 1 tabletkasi og'iz orqali, 48 soatdan keyin og'iz orqali 800 mg mesoprostolper va 1 soat o'tgach 400 mg mesoprostolper - 93,3% holda natija berdi. Dori vositalariga sezgirsizlik 6,7% (1) ayolda kuzatildi. Bunda 13,3% holda quyidagi asorat kelib chiqdi - bachadon bo'yni yo'ldoshning kechikishi. Misoprostol yo'ldosh bachadon bo'yni bo'ylab turganda ham qabul qilindi va 1 soatdan keyin 400 mkg og'iz orqali berildi. Umumiy mezoprostolning samarali dozasi 1600 mkg edi.

2-usul, mifepriston 1 dona tabletkasi, 400 mkisoprostolper 48 soat va 400 mk isoprostol per os 3 soat - 80,1% samaradorlik berdi. Dori vositalariga sezgirlikning yetishmasligi 1ta ayolda kuzatildi. Asoratlarni 13,3% holda g'ayritabiiy abort va 20% holda

qon yo'qotish bilan bog'liq edi. Noto'g'ri homiladorlik 400 mg mesoprostolper va 1 soatdan keyin yana 400 mg mezoprostolper bilan samarali to'xtatildi. Mezoprostolning umumiy dozasi 1600 mkg edi.

Abortning kamchiliklari: kuchli og'riq, preparatga sezgirlik yo'qligi va homilaning rivojlanishi, haddan tashqari issiqlik, homiladorlik qobiqlari to'liq ajralmasligi, qon ketish. Kuchli qon ketishda laparotomiya operatsiyasi o'tkazildi.

Spontan abort bilan homiladorlikni va abort qilishni jarrohlik yo'li bilan tugatishning kamchiliklari: jinsiy a'zolarida o'tkir yallig'lanish belgilari. Anesteziya ishlatilishi mumkin yoki dori bachadon anesteziyasini, dastlabki behushlikni keltirib chiqarishi mumkin, ba'zida homila rivojlanishda davom etadi va servikal perfuziya kuzatiladi. Laporotomiya bachadon devorining teshilishi orqali amalga oshiriladi. Anesteziyaning asoratlari tez-tez uchraydi va ko'pincha behushlik va qusishdan keyin sodir bo'ladi. Bularga abortning asoratlari, endometrit, septik kasalliklarning rivojlanishi va onalar o'limiga olib keladi.

Natijalar. Homiladorlikning dori-darmonlarni bilan to'xtatish natijasida ikkinchi guruhning samaradorligi birinchi usul qo'llanganda 86,8% -98,5% ni tashkil etdi va tug'ruq uchun mezoprostol qo'shilishi bilan 1600 mkg dozasi 100% ni tashkil etdi. 2-guruhning ikkinchi usulida 53,4% -80,1% hollarda samaradorlik kuzatildi, asoratlari bo'lsa, 1600 mg doza ishlatilgan bartaraf etildi.

1-guruhda 4-8 haftalik homiladorlik va 9-12 haftalik homiladorlik operatsiya jarrohlik yo'li bilan to'xtatilganda 100% samarali bo'ldi. Spontan abort uchragan ayollarda qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyalar asoratlari bor edi. Davolanish to'xtatilib, jarrohlik aralashuvi to'xtatilganda samaradorlik 100 foizni tashkil etdi. Ammo qorin bo'shlig'i yopilgandan so'ng, homiladorlik va homilaning abort qilinishi jarrohlik yo'li bilan tugatilgandan keyingi asoratlari tez-tez uchrab turdi. Asosan, 1-guruhda bachadon yallig'lanishining chastotasi 6,7% ni, homilador ayollarda esa 10-23,1% ni qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyadan keyin tashkil etdi.

Shunday qilib, xavfsiz abortda asoratlari xavfini oldini olish uchun homiladorlikni tugatishning birinchi usuli sifatida dori terapiyasi afzal ko'rildi. Xomilalik abortlar, abortdan keyingi qon ketish, endometrit, septik kasalliklar, jarrohlik aralashuvlar va onalar o'limi kamaygani sari ikkilamchi bepustlik yuzaga kelmaydi.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

*Пазилжонова М., Арзибекова У.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на достигнутый уровень развития методов пренатальной диагностики и развития медико-генетической службы в нашей стране, оценки влияния различных подходов и направлений при определении групп повышенного риска в ранней диагностике и профилактике ВПР в регионах Узбекистана практически не проводилось. Отсутствуют методы прогнозирования ВПР на этапе планирования беременности, хотя возможность предупреждения формирования ВПР на этапе прегравидарной подготовки не отрицается.

Цель исследования. Выявить региональные медико-социальные факторы, предрасполагающие к образованию врожденных пороков развития плода и синдрома Дауна для формирования групп семей повышенного риска на этапе прегравидарной подготовки и ранних сроков гестации.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными целью и задачами, нами было проведено ретроспективное исследование распространенности и структуры ВПР, а также выявлены факторы риска их формирования у плода.

Критерием отбора в основную группу детей с синдромом Дауна явилось наличие у них врожденного порока сердца. В группе врожденных пороков сердца нами выделено 3 подгруппы: септальные пороки, сосудистые пороки, комбинированные пороки сердца и сосудов.

Результаты исследования. Структура ВПР по данным отделения патологии новорожденных неонатального центра ДГКБ№1 соответствует общероссийским показателям: первое место занимают врожденные пороки развития сердца и сердечно-сосудистой системы (53,1%), второе место — пороки мочевыделительной системы (19,01%), третье место - множественные пороки развития (7,2%) и хромосомные аномалии (7,5%). За период наблюдения в отделении получали стационарное лечение 4056 новорожденных, из них с ВПР и синдромом Дауна выявлено 305 (7,6%) детей, что в 3,4 раза превышает среднепопуляционную частоту исследуемой патологии по Самарской области (2,2%), что говорит о репрезентативности группы наблюдения.

Определена роль медико-социальных факторов со стороны отца и матери по данным карт скринингового анкетирования: социальные факторы (отсутствие зарегистрированного брака), отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные прерывания беременности, смерть ребенка в анамнезе), особенности течения настоящей беременности (хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности).

На основании оценки медико-социальных факторов родителей выявлена возможность формирования групп семей повышенного риска по рождению детей в ВПР.

Разработанная математическая модель обеспечивает возможность количественно определить популяционный риск формирования ВПР с последующим расчетом риска образования конкретной группы пороков и синдрома Дауна. Степень риска рождения ребенка с данной патологией определяется значением суммарного диагностического коэффициента (ДК), пороговые значения которого определены для каждой группы пороков. Данный метод прогнозирования имеет достаточный уровень прогностической ценности (чувствительность более 80%; специфичность 70%; положительная прогностическая ценность более 90% и отрицательная прогностическая ценность более 55%).

На основании полученных данных составлен алгоритм профилактики формирования ВПР, использование которого возможно как на этапе прегравидарной подготовки, так и на ранних сроках беременности.

Вывод. Полученные данные позволяют рассчитать риск рождения ребенка с врожденным пороком развития в любой семье еще на этапе прегравидарной подготовки, что дает возможность оценить величину популяционного риска ВПР плода и выделить наиболее значимые факторы риска для разработки системы профилактических мероприятий. Этими вопросами занимаются врачи, которые наблюдают женщин фертильного возраста (терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, акушер-гинекологи), а также врачи, наблюдающие женщину во время беременности — акушер-гинекологи, терапевты, педиатры. Использование данной модели возможно и после рождения ребенка. Расчет

вероятности наличия у новорожденного ребенка ВПР позволит выбрать врачу-неонатологу адекватные методы диагностики для исключения наличия данной патологии у ребенка.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Пазилжоновна М., Арзибекова У.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Широкая доступность метода определения параметров психосоциального статуса, активности и реактивности личности и вегетативного профиля наряду со сбором медико-социального анамнеза и клинико-лабораторного обследования позволит оптимизировать процесс диагностики язвенной болезни и хронического гастродуоденита и диспансерного наблюдения детей из группы риска на донологическом этапе силами детской городской поликлиники или амбулатории общей врачебной практики.

Практические рекомендации по дополнительным критериям диагностики детей с нарушениями психосоциальной сферы на участке дадут возможность в рамках первичного звена здравоохранения оказывать своевременную адекватную терапевтическую помощь. Это будет способствовать развитию стационарзамещающих технологий, уменьшению возможных осложнений и обострений, снижению затрат на лечение, не прибегая к дорогостоящей стационарной помощи.

Цель исследования. Разработать алгоритм обследования для прогнозирования возникновения и характера течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического гастродуоденита у детей на основе комплексного изучения психосоциальной структуры модели личности.

Материалы и методы исследования. Проведено специализированное медицинское обследование 229 детей и подростков в возрасте 10-17 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническими гастродуоденитами. Группу контроля составили 30 клинически здоровых детей того же возраста.

Результаты исследования. У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническими гастродуоденитами выявлены особенности клиники, вегетативного статуса и частоты семейной отягощенности, связанные с наличием эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки.

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастродуоденитом выявлено преобладание негативных типов родительского отношения (принятие-отвержение, авторитарная гиперсоциализация, инвалидизация) - 78,4% и 54,3% соответственно. Для них также характерно влияние ситуаций хронического действия (враждебная, жестокая семья, эмоционально отвергающая семья, семья, не обеспечивающая надзора и ухода, чуждое окружение за рамками семьи, алкоголизм родителей, низкий уровень доходов семьи) и эмоционального угнетения. У больных с хроническим гастродуоденитом без эрозии слизистой оболочки преобладали быстротечные и острые значимые психотравмирующие ситуации, чаще отмечали гармоничное воспитание (социальная желательность поведения, симбиоз).

У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и эрозивным гастродуоденитом в психосоциальной структуре темперамента наиболее часто встречались предметная и социальная эргичность, эмоциональность, социальная эмоциональность и социальная желательность, нейротизм, интроверсия, преобладали сила и подвижность нервных процессов торможения ($p < 0,001$). Для больных с поверхностными гастродуоденитами наиболее характерны пластичность, социальная пластичность, темп, социальный темп, эмоциональность, высокая сила и подвижность нервных процессов возбуждения.

Выявлены достоверная прямая и обратная корреляционные внутригрупповые связи между семейно-бытовыми факторами, типами родительского отношения, психосоциальными, психофизиологическими характеристиками, что указывает на сложность механизмов запускающих психо- вегето-висцеральные нарушения.

В качестве прогностических критериев развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки можно использовать следующие показатели: интроверсия (9,3), инвалидизация (7,2), подвижность процесса торможения

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать практическому здравоохранению методику системной оценки риска возникновения и характера течения различных форм хронической патологии органов гастродуоденальной зоны, что обеспечит индивидуальный подход участкового врача к пациентам и даст возможность ранней диагностики, диспансерного наблюдения и реабилитации больных язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом.

КРИТЕРИИ ОБОСНОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Рабиева Б.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До настоящего времени хирургическая тактика при сообщающейся гидроцефалии заключалась в стереотипном проведении вентрикулоперитонеального шунтирования, которое, по данным отечественных и зарубежных авторов, сопряжено с большим количеством осложнений достигающих 50-80% в течение первых 3-5 лет после операции.

Причина столь высокой частоты осложненного послеоперационного течения, кроется, по нашему мнению, в неоправданной стандартизации выбора лечебной тактики у больных, объединенных собирательным понятием «сообщающаяся гидроцефалия».

Многолетние целенаправленные исследования внутричерепной ликвородинамики, позволили нам утверждать, что нарушения ликвороциркуляции происходят на разных уровнях экстрачерепальных ликворных пространств и, нередко, носят транзиторный характер, в связи, с чем оптимизация выбора лечебной тактики должна основываться на индивидуализации актуальной клинико-патогенетической формы гидроцефалии. Таким образом, перспективы совершенствования результатов хирургического лечения детей с сообщающейся гидроцефалией обусловлены

возможностью конкретизации ее клинико-патогенетической формы и обоснования критериев выбора дифференцированной тактики.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения детей с сообщающейся гидроцефалией путем совершенствования критериев ранней диагностики и обоснования дифференцированной хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделений травматологии и ортопедии, восстановительной терапии, патологии новорожденных недоношенных детей.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 10 детей (5 - мальчиков, 5 - девочек) с диагнозом постгеморрагическая гидроцефалия.

План исследования: 1) оценка анамнестических данных;

2) комплексное клинико-лабораторное обследование больных;

3) проведение нейросонографии;

4) проведение магнитно - резонансной томографии;

5) проведение диагностических пункций боковых желудочков головного мозга и анализ состава ликвора; 6) анализ полученных результатов.

Результаты исследования. В ходе ретроспективного анализа, мы установили, что 50 % детей были рождены в условиях перинатального центра, 30% - в родильных домах, 20% - вне ЛПУ. Средний возраст матери составил 30 лет. Средний срок гестации – 30 недель. В большинстве случаев, дети рождены от повторных беременностей и родов, которые сопровождались инфекциями половых путей, респираторными заболеваниями, с последующей угрозой самопроизвольного аборта.

Родоразрешение: 4 – самопроизвольные роды, 6 - кесарево сечение. Антропометрические показатели: средний вес – 1741 г (60% - НМТ, 20% - ОНМТ, 20% - ЭНМТ), средняя длина тела – 42,5 см. Лишь трое детей имели средние показатели окружности головы, соответствующие сроку гестации. Остальные, уже при рождении, имели отклонение этого показателя от нормы.

Все пациенты имели ИВК II - IV степени. В качестве временного купирования повышенного внутричерепного давления, пациентам проведено субгалеальное дренирование (средний срок проведения – 48 день жизни). По мере санации ликвора, проводилось вентрикуло - перитонеальное шунтирование (средний срок -98 день жизни).

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЦЕЛИАКИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ГЛЮТЕНА

Рабиева Б.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространенность целиакии составляет около 1% в популяции и постоянно увеличивается благодаря широкому применению иммунологических методов диагностики. Углубленное изучение целиакии в последние годы привело не только к увеличению числа больных целиакией, но и появлению широкого спектра заболеваний, связанных с употреблением в пищу глютена. В связи с этим особое внимание исследователей привлекла новая патология, получившая название «непереносимость глютена».

Исследования последних лет позволили установить, что у больных с данной патологией могут присутствовать как гастроэнтерологические симптомы, так и внекишечные проявления. При обследовании таких больных, как правило, отсутствуют гистологические изменения слизистой оболочки тонкой кишки и аутоиммунные антитела (к тканевой трансглутаминазе (тТГ) и эндомизию (ЭМА)), однако часто наблюдается повышение уровня антител в глиадину (АГА). Исключена также аллергическая реакция на глютен. Соблюдение аглютеновой диеты такими больными, так же как и при целиакии, приводит к исчезновению клинических симптомов.

До настоящего времени не определены точные критерии диагностики данной нозологии, однако большинство исследователей считают, что распространенность «непереносимости глютена» намного выше, чем целиакии.

Цель исследования. Определить наличие генетических маркеров целиакии у детей с непереносимостью глютена.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимало участие 37 детей с непереносимостью глютена. Всем пациентам проведена диагностика наличия в венозной крови гаплотипов HLA-DQ2 и HLA-DQ8 методом ПЦР с использованием наборов реагентов производства компании «ДНК-технология».

Результаты исследования Среди детей с непереносимостью глютена генетические маркеры заболевания выявлены у 67,6% (25), при этом патологическая аллель DQ2 обнаружена у 51,4% (19), DQ8 — у 16,2% (6) обследованных.

Полученные результаты соответствуют общеизвестной тенденции преобладания у пациентов аллели DQ2. Типичная форма непереносимости диагностирована у 89,5% (17) при наличии DQ2 и у 83,3% (5) при DQ8. Атипичная форма выявлена у 10,5% (2) детей с DQ2 и у 16,7% (1) с гаплотипом DQ8, проявлялась она тотальной алопецией (1), железодефицитной анемией (1), кожными высыпаниями (1).

Полученные данные показывают отсутствие четкой зависимости между конкретным геном предрасположенности к целиакии и её клинической формой (коэффициент Спирмена 0,216, $p = 0,146$).

Вывод. При подозрении на целиакию необходимо проводить дифференциальную диагностику с гиперчувствительностью к глютену и аллергией к пшенице. От этого зависит прогноз продолжительности диетотерапии.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

*Рахманова Д.Р., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт.*

В последнее десятилетие участилось количество беременных с хроническим вирусным гепатитом В. Оно связано с наблюдающимся ростом заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) среди лиц молодого возраста. Постоянно увеличивается число женщин, беременность которых протекает на фоне ХВГ.

Цель работы. Установить наиболее частые осложнения беременности и родов на фоне ХВГ В и С. Проанализированы 36 историй родов женщин от 19 до 40 лет, находившихся в родильном доме №2 за период с 2017-2019гг.. У 22 из них был диагностирован ХВГ В, в 11 случаях - ХВГ С, в 3-х - микст-инфекция В+С. У всех женщин ХВГ был минимальной степени активности. У 30 пациенток ХВГ был выявлен до наступления беременности. У 28 беременность протекала на фоне анемии средней степени тяжести. В 18 случаях беременность осложнилась угрозой прерывания на ранних сроках, причем, у 20 на ранних сроках, гипертензивные состояния в 9 случаях, фетоплацентарная недостаточность - у 9. Наиболее частые осложнения в родах-раннее излитие околоплодных вод у 11 женщин, диспропорция между тазом и плодом - у 4, разрывы влагалища - у 5. Амниотомия производилась у 9 рожениц. Роды велись через естественные родовые пути у 27, кесарево сечение производилось в 9 случаях. Кровопотеря в группе здоровых женщин составила в среднем 280 мл, в группе женщин с ХВГ, в среднем, 330 мл-380, мл при нормальных показателях свертывающей системы крови. Признаки внутриутробной инфекции наблюдались у 2 новорожденных. Таким образом, выявлено, что наиболее частыми осложнениями беременности у женщин с ХВГ В и С являются угроза прерывания беременности на ранних сроках и гипертензивные состояния, роды в 1/3 случаев осложняются ранним излитием околоплодных вод.

ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Рахманова Д.С.
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии*

Формирование и развитие детской гастроэнтерологии приходится на 70-е годы прошлого столетия и связаны с внедрением в педиатрическую практику эндоскопии (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия) и методов лучевой диагностики (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультрасонография, динамическая гепатобилисцинтиграфия и др.). Наряду с внедрением новых лабораторных и функциональных методов исследования, были уточнены звенья патогенеза многих болезней органов пищеварения, что в свою очередь позволило осуществлять адекватную терапию, включая рациональную фармакотерапию. При некоторых заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки (гастрит, язвенная болезнь), благодаря изучению инфекции *Helicobacter pylori*, удалось определить причину развития патологического процесса в слизистой оболочке. Особое значение имела эзофагогастродуоденоскопия, явившаяся мощным толчком к совершенствованию диагностики болезней пищевода и гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта у детей. Позднее стала применяться колоноскопия. Примечательно, что в настоящее время эндоскопические методы широко используются детскими хирургами для оперативных вмешательств. Таким образом, с учетом новых методов диагностики были определены принципиальные позиции в детской гастроэнтерологии: улучшилась ранняя диагностика болезней пищеварения у детей с жалобами на абдоминальный болевой синдром и проявления желудочной диспепсии (рвота, тошнота, изжога, отрыжка и др.); уточнены многие звенья патогенеза, установлена этиология некоторых болезней желудочно-кишечного тракта; намечены новые пути лечения и профилактики болезней органов пищеварения; в рамках оптимизации здравоохранения пересмотрена и предложена новая структура организации помощи детям и подросткам с болезнями органов пищеварения.

За почти полувековой период развития детская гастроэнтерология прочно утвердилась в современной педиатрии. Научно-практические исследования осуществлялись в различных регионах страны. Становление детской гастроэнтерологии происходило не на пустом месте. Педиатры всегда уделяли внимание абдоминальному болевому синдрому, одной из причин которого считались болезни гепатобилиарной системы. У детей, как и у взрослых, имеет место сочетанное (синтропия) поражение органов пищеварения. Язвенная болезнь нередко сопровождается нарушением деятельности поджелудочной железы. Такого рода синтропия обуславливает немалые трудности в: определении первичности и вторичности болезни; выборе адекватного лечения, включая рациональную фармакотерапию; прогнозировании исходов болезней органов пищеварения; сохранении качества жизни детей и их родителей. Многолетние и многочисленные исследования, проводившиеся в Узбекистане, свидетельствуют об особенностях клинических проявлений, течения болезней органов пищеварения у детей, отличающихся от таковых у взрослых. Это касается также подходов к лечебно-профилактическим мероприятиям. Совершенно очевидно, что перенос многих положений, выводов, протоколов (схем) лечения, наработанных взрослыми гастроэнтерологами, в детскую гастроэнтерологию нецелесообразен и даже неосуществим. Свой негативный отпечаток накладывает экологическое неблагополучие, употребление недоброкачественной воды, количественно-качественное нарушение питания. Установлено, что манифестация и полномасштабное «развертывание» болезней органов пищеварения у детей происходит: на фоне аллергических заболеваний либо различных диатезов; нередко при отягощенной наследственности; при других соматических заболеваниях; в критические периоды детства. Вызывает озабоченность перегрузка детей аудиовизуальной информацией, снижение моторной активности, что приводит к гипокинетическому синдрому, в том числе нарушению деятельности органов пищеварения – «Кишечник любит движение». Тревогу вызывает приобщенность к табакокурению, употреблению алкоголя и алкогольсодержащих напитков среди подростков. По мере развития детской гастроэнтерологии решались вопросы классификации болезней органов пищеварения, разрабатывались методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, нутритивной поддержки и т.п. Одновременно возникали новые аспекты, требующие своего

изучения. Одним из недостаточно изученных аспектов являются исходы болезней органов пищеварения. В их числе: осложнения (наиболее опасное для жизни – пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение); ранняя инвалидизация детей; снижение качества жизни больных, а также их родителей; уменьшение спектра профориентации. Все это в целом имеет огромное медико-социальное значение. На лечение некоторых болезней и профилактику (третичную) требуются немалые в финансовом отношении затраты, что отражается на экономическом состоянии семьи. Подрастающее поколение не может полностью включаться в современный социум. Следовательно, гражданские позиции такого больного нарушаются. Современное общество прямо или косвенно недополучает ожидаемый вклад от конкретного индивидуума. Детская гастроэнтерология как новая специальность и направление в педиатрии развивалась не изолированно, а в ассоциации с такими фундаментальными дисциплинами, как нутрициология, клиническая фармакология и фармакотерапия. Указанные медицинские специальности находятся в самой тесной взаимосвязи и взаимозависимости. Количественно-качественные нарушения питания являются одним из значительных факторов развития болезней органов пищеварения. Отталкиваясь от первых теорий питания и ассимиляции пищи, нутрициология в настоящее время добилась больших успехов. Об этом свидетельствует разработка и внедрение в педиатрию и в медицину в целом различных видов питания: физиологическое, сбалансированное, адекватное, форсированное, профилактическое, оптимальное, лечебное, функциональное. Эти виды питания, рассматриваемые на курсе пропедевтики детских болезней, дают возможность считать нутрициологию одним из базисов здоровья ребенка и активно использовать ее достижения в качестве лечебно-профилактических средств при гастроэнтерологических заболеваниях. Внимание привлекают нутригенетика и нутригеномика, являющиеся новыми направлениями в нутрициологии, что открывает возможность совершенствования лечения и профилактики (первичной) многих заболеваний детей и взрослых, включая наследственно обусловленные болезни органов пищеварения. Появление новых поколений лекарственных средств, обладающих принципиально иными фармакологическими свойствами, открывает перспективу таргетной терапии. Индивидуализированное питание и лечение будут приоритетными, заменив существующие лекарственные средства и схемы терапии. Один из аспектов детской гастроэнтерологии, очень важный в практической деятельности врача, связан с изучением лекарственно-пищевых (либо наоборот) взаимодействий. Хорошо известно, что от неправильного приема препаратов возникают нежелательные побочные реакции, развитие которых может быть предупреждено с учетом как фармакологического действия лекарственных средств. Лекарственные средства способны нарушать деятельность пищеварительной системы, в то же время сами препараты снижают либо утрачивают свою активность вследствие приема определенных продуктов питания. Лекарственно-пищевые взаимодействия требуют постоянного изучения в связи с появлением новых генераций медикаментозных средств, а также употреблением пищевых продуктов и воды, особенно в экологически неблагоприятных регионах.

Следовательно, подготовка кадров является одной из проблем детской гастроэнтерологии, решению которой способствуют многочисленные доклады о научно-практических достижениях этой клинической дисциплины на симпозиумах, конгрессах и других педиатрических форумах, а также публикации на страницах крупных журналов, монографий, учебников. Детская гастроэнтерология успешно развивается, решая актуальные медико-социальные аспекты современной педиатрии.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БИФИЛАКС У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНВАЗИВНЫМИ ДИАРЕЯМИ

Рашидов Ф.А., Рихсиева Г.М.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Актуальность. Острые инвазивные диареи, вызванные шигеллами, сальмонеллами, УПФ, такими как клебсиеллы, протеи, стафилококки и др. у детей, является актуальной проблемой. Такие инфекции тяжело протекают у детей раннего возраста, имея склонность к генерализации процесса. Генерализация процесса и осложнения чаще наблюдаются у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

Цель работы. Изучить клинико-лабораторную эффективность препарата Бифилакс в комплексном лечении детей, больных инвазивными диареями.

Материалы и методы. Для выполнения цели работы обследованы 59 больных детей в возрасте от 1 до 3 лет. У 36 детей заболевание протекало в среднетяжелой и у 23 ребенка – в тяжелой форме. Все дети были разделены на 2 группы. Первая группа (основная) – 17 детей – со среднетяжелой и 12-с тяжелой формой болезни – получали препарат Бифилакс. Вторая группа (контрольная) получали общепринятую терапию (19 детей – со среднетяжелой и 11-с тяжелой формой болезни). Установлено, что длительность симптомов интоксикации и признаков поражения желудочно-кишечного тракта у детей, получавших Бифилакс, была достоверно меньше, чем у детей контрольной группы. Нормализация стула детей основной группы происходила раньше в среднем на 4-5 дней. Установлено более ранняя нормализация копрограммы (в среднем на 5-6 дней) у детей основной группы. Необходимо отметить что, повторная кишечная дисфункция, обусловленная нарушением кишечного микробиоценоза кишечника, наблюдалась только у 2 детей, тогда как у детей контрольной группы кишечная дисфункция наблюдалась у 7 детей.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают на благотворное влияние препарата Бифилакс на клиническое течение острых инвазивных кишечных инфекций, вызванных шигеллами, сальмонеллами, а также условно патогенными микробами, у детей раннего возраста.

ПРОТЕЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рашидов Ф.А., Ахмеров И.Э.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Актуальность. В педиатрической практике заболеваемость ОКИ устойчиво занимает 2-е место после респираторных вирусных инфекций. Узбекистан расположен в большом удалении от океанов и других естественных водоемов. Поэтому климат здесь жаркий, крайне сухой, резко континентальный, что выражается в сильных контрастах дневных и ночных, летних и зимних температур.

Цель исследования. Определение клинических особенностей острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой у детей раннего возраста и оценка влияние жаркого климата на клинические показатели для оптимизации лечения.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано 50 историй болезни стационарных больных, поступивших в кишечное отделение Детской инфекционной клинической больницы №4 г. Ташкента за июнь-август 2014 года. Возраст больных - от 1 мес. до года, по полу распределились примерно одинаково. Диагноз подтверждался бактериологически в 100%. По степени тяжести больные распределились следующим образом: среднетяжелое течение болезни наблюдалось в 86%, тяжелое - в 10%, легкое - в 4% случаев. Развитие заболевания характеризовалось у всех больных острым началом, быстрым присоединением диареи, сопровождающейся болями в животе. Частота стула у 30% больных достигала 8-10 раз, у 70% - до 15 раз в сутки. У 40% больных наблюдалась повторная рвота. Были выражены симптомы интоксикации: вялость, заторможенность, слабость, бледность кожных покровов. В 38 (76%) случаях развивался эксикоз 2-3-й степени, что связано непосредственно с климатическими условиями. Также все дети были поделены на 3 группы в зависимости от вида вскармливания: естественное, искусственное и смешанное, и была выделена взаимосвязь между тяжестью течения заболевания и видом вскармливания. 36 (72%) находились на естественном вскармливании, и у них заболевание протекало в среднетяжелой форме.

Выводы. Для кишечных расстройств у детей раннего возраста характерна однообразная клиника и в большинстве случаев (76%) выделение условно-патогенных возбудителей с преобладанием протей и у 76% больных отмечалось быстрое развитие эксикоза 2-3-й степени, что обусловлено условиями жаркого климата. Установлено, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, заболевание протекало в среднетяжелой форме, а у детей, находящихся на искусственном вскармливании, преимущественно в тяжелой форме.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Рихсиева Г.М., Таджиев Б.М., Рашидов Ф.А.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Актуальность. Одной из опасной по своим масштабам среди детей, неожиданной по возникновению и непредсказуемой по течению, является менингококковая инфекция (МИ), которая отличается от других инвазивных инфекций тем, что предъявляет особые требования к организации медицинского обслуживания по диагностике и лечению уже с первых часов от начала заболевания, что определяет исход инфекционного процесса.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения менингитов у детей в возрастном аспекте.

Задачи. 1. Изучить клинико-лабораторные характеристики менингококковой инфекции у детей, в различных возрастных группах.

2. Изучить особенности клинического течения различных форм менингококковой инфекции в возрастном аспекте.

3. Изучить частоту возникновения осложнений при менингококковой инфекции у детей, в разных возрастных группах.

Под нашим наблюдением находилось 74 больных менингитом детей разного возраста, у которых имелось бак. подтверждение поставленного диагноза. В комплексное лечение включались изучение жалоб, сбор анамнеза, объективный осмотр. У детей первой группы отмечается более выраженное воздействие инфекционного фактора на состояние иммунной системы детей. Это особенно тяжело отражается у детей раннего возраста. Наличие слабой иммунорегуляции из-за недостаточной ответной реакции организма, является способствующим фактором к срыву адаптации организма. Такой статус может быть тестирован определением общего пула лимфоцитов, соотношением их хелперов к супрессорам и определения иммунорегуляторного индекса. Особенно выраженный дисбаланс CD4⁺ и CD8⁺-лимфоцитов был отмечен у детей из первой группы. В интерпретации полученных данных мы исходили из положения о двойной роли клеточных иммунных реакций при МИ: при всей их целесообразности в обеспечении благоприятного течения инфекционного процесса и ранней санации организма, они являются и главным индуктором повреждения инфицированных клеток благоприятного течения и ранней санации организма, они являются и главным индуктором повреждения инфицированных клеток.

Выводы. 1. У детей более раннего возраста отмечаются более тяжелые формы течения менингитов.

2. Показатели цитоза в ликворе в 1,5 раза выше в первой группе, что отразилось в сроках санации.

3. Наличие слабой иммунорегуляции из-за недостаточности ответной реакции организма, является способствующим срыву адаптации организма фактором.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ

*Розикова Д.К., Ихтиярова Г.А., Нарзуллоева Н.С.
Бухарский государственный медицинский институт*

Актуальность. Роль миомы матки в развитии бесплодия до сих пор является предметом оживленных дискуссий. Бесплодие как первичное, так и вторичное – не редкое явление при данной патологии. В то же время первичное бесплодие у больных с миомой матки отмечается значительно чаще, чем в популяции – 18-24 % случаев. Сочетание миомы матки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия отмечено у 40-60% женщин. Все это диктует необходимость своевременно решить вопросы диагностики больных с миомой матки.

Цель исследования. Оценить роль иммунологических факторов в формировании клинических вариантов миомы матки для разработки инновационных методов диагностики женщин с бесплодием.

Задачи исследования. Выявить особенности содержания лимфоцитов с маркером активации (CD25, CD71 и CD95) и определить уровень сывороточной продукции про- (IL-6, IL-8, IL-18, TNF α) и противовоспалительных цитокинов (IL-10) у пациенток с ММ и бесплодием.

Методы исследования. Иммунологическим методом определены цитокины в сыворотке крови методом ИФА (ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-18, MCP-1 и ИЛ-4) и уровень CD25, CD71, CD95 с моноклональными антителами серии LT.

Результаты исследования. Нами были исследованы 85 женщин с клиническим проявлениями миомы: симптомная миома матки и бесплодие были выявлены у 47 женщин, а бессимптомная миома матки и бесплодие – у 38 женщин. Контрольную группу составили 30 женщин. У 19 женщин с симптомной миомой матки было выявлено бесплодие, а сочетание симптомной лейомиомы и бесплодия – у 7. Следующим этапом наших исследований было изучение уровня лимфоцитов с маркерами активации. Как было выявлено уровень ранней активации (CD25) повышен у всех женщин. Однако максимальное повышение наблюдалось у женщин с бесплодием (34.4%). Уровень лимфоцитов со средним этапом активации (CD71) был наиболее высоким при болевых синдромах и наименьшим при кровотечении, 12.6 и 22.8%, соответственно. Изучение уровня экспрессии CD95 молекул (готовность клеток к апоптозу) показал, что при миоме матки наблюдается их снижение. Изучение уровня цитокинов показало, что при миоме матки наблюдается повышение всех провоспалительных цитокинов. Но уровень повышения зависел от клинического состояния обследованных женщин. Максимальное значение уровня ИЛ-6 и фактора некроза опухоли (ФНО) – 79.6 и 82.4 пг/мл – наблюдалось у женщин с бесплодием.

Выводы. 1. Максимальное повышение уровня ранней активации (CD25) наблюдалось у женщин с бесплодием, что было значительно ниже при других симптомах лейомиомы.

2. При изучении уровня цитокинов было выявлено повышение всех провоспалительных цитокинов. Максимальное значение уровня ИЛ-6 и фактора некроза опухоли (ФНО) наблюдалось у женщин с бесплодием.

3. Повышенный уровень ИЛ-6 также наблюдается у женщин с большими узлами, тогда как при малых узлах ИЛ-6 на уровне контрольных значений. Как известно, ИЛ-6 имеет рецептор к прогестерону. Возможно, повышение уровня ИЛ-6 связано с повышенным уровнем прогестерона.

КЛИНИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА, ВЫЗВАННОГО C.ALBICANS, У БЕРЕМЕННЫХ

*Сабирова М., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Кандидоз является одним из наиболее распространенных видов микоза у человека. Причем, около 80% современных кандидозных поражений вызываются грибом *Candida Albicans*. Установлено, что одной из причин развития кандидозной инфекции являются изменения иммунного и эндокринного статуса у беременных. Поэтому активация возбудителей кандидоза и в том числе, развитие генитального кандидоза, является особо актуальным в патологии беременных.

Цель работы. Разработка иммунологических методов ранней диагностики инфекции *Candida Albicans*, активация ее, и оценка эффективности лечения генитального кандидоза у беременных протектазидом и препаратом метостил.

Материалы и методы исследования. При выполнении работы обследовано 18 беременных в возрасте 19-33 лет. Этиологическая диагностика заболевания определена антител класса IgG к *Candida Albicans* для определения активации инфекции исследовалась avidность антител к вышеуказанному возбудителю. Бак. посев из влагалища.

Диагноз кандидозного вульвовагинита устанавливался исходя из клинических проявлений заболевания и лабораторных данных. Патологический процесс характеризовался жжением и зудом в области наружных половых органов, белыми творожистыми выделениями из влагалища, болью при половом акте, отеком слизистой вульвы и влагалища, гиперемией, точечными эрозиями, изъязвлениями слизистой. Этиологическая роль *Candida Albicans* у всех наблюдаемых женщин подтверждалась наличием в образцах сыворотки крови специфичных к возбудителю антител.

Результаты. Лечение беременных включало использование нистатина внутрь по 1 табл. 2 раза в сутки в течение 7 дней и параллельно в виде свечей – по 1 свече 1 раза в сутки. В качестве иммунокорректора использовался протектазид 3 раза в сутки – в первую неделю по 4 капли, вторую и третью неделю – соответственно по 5 и 4 каплей. Через 21 день назначение протектазида повторяли вышеуказанным курсом.

В результате проведенного лечения у всех женщин отмечено исчезновение характерных жалоб. У 14 (77,8% женщин при осмотре установлена нормализация клинической картины.

Выводы. Таким образом, повышения иммунологического статуса у беременных приводят быстрому излечению кандидоза у беременных.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Сабирава М.О., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Синдром ограничения роста плода является осложнением беременности. Факторами риска возникновения СОРП являются материнские факторы к которым относятся хроническая артериальная гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, гестационный сахарный диабет, антифосфолипидный синдром, анемия, заболевание легких, печени, почек, неполноценное питание и плодовые факторы – генетические заболевания, врожденные пороки развития, внутриутробные инфекции и плацентарные факторы – плацентарная недостаточность и инфаркты плаценты.

Цель исследования. Изучить основные причины развития СОРП и разработать акушерскую тактику.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 беременных с СОРП.

У всех беременных провели клинико-биохимические исследования, УЗИ и доплерометрию.

Результаты и обсуждения. При изучении причины СОРП нами было выявлено следующие причины: у 6 (24%) беременных преэклампсия тяжелой степени, у 4 (16%) хронический пиелонефрит, у 4 (16%) беременных, заболевание печени, у 6 (24%) анемия тяжелой степени, у 5 (20%) беременных выявлено TORCH инфекция. По сроку беременности они были распределены следующим образом: СОРП первой степени был диагностирован у 20 беременных на основании доплерометрии, у 5 второй степени был диагностирован СОРП второй степени. Для рода разрешения у 16 беременности мы применили препарат “Мизопропростол” (100 мкг однократно в задний свод влагалища для созревания шейки матки однократно из них 12 родоразрешились через естественные родовые пути, у 13 беременных было произведено кесарево-сечение.

Выводы. Таким образом применение мизопростола существенно снижает частоту оперативных вмешательств у беременных с СОРП.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Садикова И.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время медицина развивается в условиях рыночных отношений, которые диктуют свои условия не только в экономической сфере, но и требуют научного поиска и теоретического обоснования наиболее эффективных методов диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний, повышения качества подготовки врачей-стоматологов.

Остаются открытыми проблемы разработки единых подходов к нормированию, планированию, лицензированию и сертификации, повышению качества стоматологической помощи, подготовке и переподготовке врачебных кадров, рациональному использованию кадровых, материальных ресурсов стоматологических учреждений, выработки обоснованных нормативных показателей в терапевтической стоматологии.

Цель исследования. Предложить комплекс мероприятий по предупреждению ошибок и осложнений в практике детских врачей-стоматологов-терапевтов для снижения количества врачебных ошибок и повышения качества оказываемых стоматологических услуг.

Объект изучения. Ошибки и осложнения во время диагностики и лечения зубов у детей могут возникнуть из-за недостаточных знаний у врачей по анатомическому строению зубов, топографии полости зуба и корневых каналов.

Обсуждения. Во временных зубах больше вероятности дополнительных каналов. У резцов, особенно нижней челюсти, корневые каналы расщеплены на два отдельных, сливающихся в области верхушки в один.

Особенностью корневых каналов – клыков является незначительное расширение в средней ее части. В верхнем первом премоляре наблюдаются различные варианты каналов независимо от числа корней, нередко один канал разделяется на два. Раздвоения могут определяться на одном уровне, даже у самой верхушки корня.

Ошибки могут возникнуть при неправильном определении глубины поражения твердых тканей зуба. При этом необходимо учитывать возраст ребенка, групповую принадлежность зубов, их величину, локализацию полости. Так, у детей в возрасте 2-3 лет на апроксимальной поверхности нижних резцов полость глубиной 1 мм является глубокой, а у школьников 12-15 лет на жевательной поверхности моляров полость глубиной 3-5 мм считается средней.

Ошибки в диагностике кариеса зубов у детей связаны с тем, что этот процесс чаще локализуется на апроксимальной поверхности, в пришеечной области, на жевательной поверхности. При этом определяется едва заметное пятно, которое могут не заметить ввиду наличия пищевых остатков и налета. При незаконченной минерализации жевательной поверхности, особенно первых постоянных моляров глубокие фиссуры принимают за кариес. Необходимо проведение дифференциальной диагностики с поверхностным кариесом, некариозными поражениями.

Ошибки при лечении кариеса зубов у детей чаще возникают при нарушении препарирования кариозной полости, возникающие при неправильном подборе бора и недостаточной обработке полости зуба.

Основными правилами при препарировании являются: правильное положение больного в кресле и врача, фиксации наконечника, выбор правильного размера и направления бора, соблюдение прерывности движения, работа без давления бором, периодическое охлаждение тканей зуба, формирование кариозной полости соответственно требованиям.

Ошибки в диагностике пульпита возникают при обследовании больных – это локализация больного зуба. Только тщательное обследование зубов позволяет правильно определить больной зуб. Ошибки в диагностике пульпита допускаются и тогда, когда недостаточное знание рентгенологических признаков в норме и патологии способствуют неправильной постановке диагноза. Ошибки возникают при непроведении дифференциальной диагностики пульпита между собой, с острым периодонтитом, обострением хронического пульпита, обострением хронического периодонтита.

Ошибки при лечении пульпита возникают из-за неправильной оценки данных обследования. Это приводит к тому, что при начальных стадиях пульпита, когда пульпа может быть сохранена, применяется девитализирующее средство, в то время как сейчас имеется большой выбор противовоспалительных средств и можно применять биологический метод лечения.

Допускается ошибка при применении мышьяковистой пасты в том случае, когда после наложения в области рога пульпы недостаточно закрывает его дентинной повязкой. Вследствие этого мышьяковистая паста проникает в полость рта, вызывает неприятное ощущение, а иногда - аллергические реакции или отравление. Перфорация дна полости зуба и стенок корня отмечается чаще всего при плохом знании топографических особенностей ее строения и чрезмерном расширении устьев корневых каналов. Перфорация стенки корня может произойти при попытках механического расширения труднопроходимых корневых каналов.

Выводы. В практике терапевтической стоматологии ошибки и осложнения при диагностике и лечении заболеваний зубов у детей весьма многочисленны и, к сожалению, встречаются часто. Разнообразие в клиническом течении зубов у детей в разные возрастные периоды диктует необходимость дальнейшего изучения данного вопроса с использованием современных средств для разработки ранних методов диагностики, лечения и профилактики.

ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Садикова И.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одна из наиболее актуальных стоматологических проблем во всем мире — кариес временных зубов детей первых лет жизни, ранний детский кариес. Знание особенностей психофизиологического развития ребенка первых лет жизни, а также особенностей профилактики, диагностики и лечения кариозного процесса у детей первых лет жизни необходимо в практике врача-стоматолога. На первые годы жизни приходится пик травматических повреждений временных зубов, поэтому каждому врачу-стоматологу важно уметь правильно спланировать оказание стоматологической помощи данной категории детей. Кроме того, в первые годы жизни дети более подвержены различным инфекционным заболеваниям, некоторые из них имеют типичные проявления в полости рта. Учитывая эти особенности, можно своевременно диагностировать данные заболевания и вовремя оказать ребенку квалифицированную медицинскую помощь.

Цель исследования. Научить планировать стоматологическую помощь детям раннего возраста, в возрасте от 0 до 3 лет с РДК, травматическими повреждениями временных зубов, детскими инфекционными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта.

Методы исследования. Методами обследования, профилактики и лечения, присущими детской стоматологии стали:

- лечение заболеваний временных и постоянных зубов;
- методы лечения и профилактики нарушения прикуса и развития челюстей;
- методы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта;
- методы привития полезных навыков для развития зубочелюстной системы и гигиены полости рта.

Результаты исследования. Тенденция к увеличению индекса КПУ зубов в процессе 2-х летних коррекционных мероприятий наблюдалась и у практически здоровых детей. При начале лечения в 10 лет интенсивность кариеса зубов увеличилась с 1.19 ± 0.10 до 1.70 ± 0.16 ($p < 0.05$). У 12-летних школьников индекс КПУ существенно не изменился и составил 2.92 ± 0.23 зуба при исходном значении 2.47 ± 0.12 ($p > 0.05$). Значительной разницы в приросте интенсивности кариеса у практически здоровых детей, как и у школьников с хронической соматической патологией, не отмечалось: 0.51 ± 0.14 единицы при начале ЛПМ в 10 лет и 0.45 ± 0.13 – в 12 лет ($p > 0.05$). У детей с хронической соматической патологией значительный рост пораженных поверхностей с 2.33 ± 0.15 до 2.87 ± 0.21 ($p < 0.01$) отмечен только в младшей возрастной группе. У 12-летних школьников основной группы на фоне 2-летних лечебно-профилактических мероприятий индекс КПУ поверхностей практически не изменился (с 6.04 ± 0.26 до 6.11 ± 0.42). Таким образом, прирост интенсивности кариозного поражения поверхностей у 10-летних детей составил 0.54 ± 0.11 зуба и 0.07 ± 0.04 единицы у 12-летних школьников с хронической соматической патологией ($p < 0.001$).

Тенденция к увеличению индекса КПУ поверхностей в процессе 2-х летних коррекционных мероприятий наблюдалась и у практически здоровых 10-летних детей. Интенсивность кариозного поражения поверхностей у них увеличилась с 1.30 ± 0.12 до 1.70 ± 0.16 ($p < 0.05$). У старших школьников группы сравнения индекс КПУ поверхностей существенно не изменился и составил 3.82 ± 0.33 зуба при исходном значении 3.78 ± 0.19 ($p > 0.05$). Также как у школьников с хронической патологией внутренних органов, прирост интенсивности кариозного поражения поверхностей у практически здоровых детей существенно отличался в зависимости от возраста на момент начала ЛПМ: 0.40 ± 0.09 единицы при начале в 10 лет и 0.04 ± 0.02 – в 12 лет ($p < 0.001$). Закономерным результатом проводимых ЛПМ явилось улучшение состояния тканей пародонта. Распространенность интактных секстантов у 10-летних детей с хронической соматической патологией увеличилась на 7.1% и составила $33.84 \pm 6.41\%$ при исходном значении $26.70 \pm 4.92\%$ ($p > 0.05$).

У практически здоровых сверстников после проведения ЛПМ доля интактных секстантов увеличилась в большей степени – на 13.1%, составив $45.48 \pm 7.16\%$ при исходном значении $32.38 \pm 5.26\%$ ($p > 0.05$). У 12-летних школьников на фоне ЛПМ отмечалось более значительное увеличение здоровых секстантов. В основной группе этот показатель по сравнению с исходным значением увеличился в 2.8 раза: соответственно с $9.39 \pm 3.07\%$ до $26.35 \pm 5.97\%$ ($p < 0.01$), в группе сравнения в 3.5 раза: с $15.57 \pm 3.76\%$ до $53.88 \pm 7.19\%$ ($p < 0.001$). Сведения об интенсивности признаков поражения тканей пародонта в процессе проведения ЛПМ у обследованных детей представлены в таблице 2. В результате проведенных ЛПМ существенно снизилось число секстантов с признаками поражения у всех обследованных школьников не зависимо от уровня здоровья. У детей с хроническими соматическими заболеваниями обеих возрастных групп количество пораженных

секстантов снизилось в 1.8 раза, тогда как у практически здоровых школьников в 1.6 раза при начале коррекционных мероприятий в 10 лет и в 2.6 раза - при начале коррекционных мероприятий в возрасте 12 лет.

Таким образом, сравнительный анализ результатов ЛПМ у детей с различным состоянием соматического здоровья показал, что в основной группе по ряду показателей была достигнута более выраженная положительная динамика, чем у детей группы сравнения. Это доказывает эффективность предложенной схемы ЛПМ именно по отношению к детям с хронической соматической патологией.

Выводы. Рекомендованные в рамках описанного выше комплекса меры по улучшению качества стоматологического здоровья позволяют достичь у детей с ухудшенным состоянием здоровья более удовлетворительных результатов, сопоставимых с данными, характерными для школьников без хронических болезней в анамнезе. Критерием эффективности предложенной схемы лечебно-профилактических мероприятий у детей с хронической соматической патологией является достижение уровня основных характеристик стоматологического статуса, соответствующих более высокому качеству соматического здоровья. Тем самым создаются условия для повышения качества соматического здоровья путем улучшения характеристик стоматологического статуса.

БОЛАЛАР ОРАСИДА АНЕМИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИДАГИ ТИББІЙ – ИЖТИМОЙ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР ТАХЛИЛИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Салаева З.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Кириш. Болалар орасида анемия, айниқса темир танқислиги анемиясининг кенг тарқалиши ва унинг асоратлари: болаларнинг ривожланишдан орқада қолиши, асаб тизими касалликлари, овқат хазм қилиш касалликлари, буйрак касалликларига олиб келиши, организмдаги модда алмашинуvinинг сусайиши хисобига иммунитетнинг пасайиб кетиши ва болалар орасида бошқа турли хил касалликларнинг қўпайиши ҳам бугун ўта муҳим тиббий – ижтимоий, иқтисодий ва сиёсий муаммоларни келтириб чиқаради. (Атаниязова О.А. - 2001).

Текширув масади. турли хил мамлакатларда болалар орасида анемия касаллигининг тарқалиши ва унинг асоратларига, шунингдек унинг профилактикасига йўналтирилиб амалга оширилган илмий изланишлар натижаларини адабиётларни ўрганиш усули билан таҳлил қилишдан иборат.

Натижалар. Қозоқистонда фертил ёшидаги ва болаларда анемия касаллигининг тарқалганлигини ўрганиш бўйича илмий тадқиқот натижаларига қараганда, тадқиқот дастурига асосан ўрганилган 1303 та фертил ёшидаги аёллар, 1318 та болалар ўрганилганда, 5 ёшгача бўлган болалар орасида темир танқислиги анемияси–35,2% ўрганилганларда, шу жумладан 53,6% ида-енгил, 45,1% ида – ўртача, ва 1,3% ида оғир даражадаги анемия касаллиги таххисланган. Бу ўз навбатида ўсиб келаётган авлод соғлиғига жуда ёмон хавф туғдириши қайд этилади. Муаллифларнинг илмий хулосаларида таъкидлашларича, туғиш ёшидаги ҳомиладор бўлмаган аёлларда анемиянинг тарқалиши 39 % ни ташкил этган. 6 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда 53,3 %, ҳомиладор аёлларда 43,8% ни ташкил этиб, бу кўрсаткич жамоатчилик саломатлиғига юқори хавф кўрсатувчи омил хисобланади. (Смагулова И.У., Шарманов Т.Ш ва б. - 2013).

Мақтаб ёшидаги болалар орасида анемия касаллигининг тарқалиш даражасини эрта аниқлаш алгоритми бирламчи скринг усули Самарқанд вилояти Самарқанд шаҳридаги 2 та интернат ўқувчиларида махсус ишлаб чиқилган 52 саволдан иборат сўровнома асосида 1960 ўқувчиларни (7–17 ёшдаги) ўрганиш натижалари шуни кўрсатганки, 13,3% ўқувчилар олдин бошдан кечирган ёки ҳозир камқонлик борлигини кўрсатганлар, 15,7% ида қон кетишлар, 14% ида – сурункали овқат хазм қилиш тизими касалликлари, 24,7 % ида вирусли гепатит, 32,5 % ида тез – тез шамоллашларни ва 16,2% болалар гижжа касалликлари борлигини белгилаганлар. (Кудратова Г.Н. - 2014). Черденченко А.М ва бошқаларнинг (2007) таъкидлашларича гастродуаденал патологияда болаларда анемия касаллигининг тарқалишидаги асосий сабаблардан бири бу ўн икки бармоқли ичак ва йўғон ичакнинг проксимал қисмида сўрилиш жараёнининг бузилиши (энтерогенная анемия ҳам дейилади) деб хисоблайди. Бундай ҳолатларда нафакат темир етишмовчилиги, балки Витамин В12, оксил, фолиевой кислота етишмаслиги ҳам кузатилади. Муаллифнинг таъкидлашича ўрганилган 251 та болада 118 тасида (47%) тўлақонли анемия таххис қўйилган. Клиник тахлиллар шуни кўрсатганки, уларнинг 43,8% ида териларидаги оқариш, юқори даражадаги чарчаш - 49,1% ида, бош оғриғи – 29,7% ида, уйқу бузилиши – 33% ида кузатилиши қайд қилинади.

Хулоса: 1. Болалар орасида анемия касаллигининг тарқалиши, уни таххислаш ва даволаш – профилактика борасида дунёнинг қўплаб давлатларида махсус дастурлар асосида улкан миқёсида ишлар олиб борилишига қарамасдан унинг тарқалганлик даражаси юқорилигича қолмоқда ва мамлакатлар олдида глобал тиббий – ижтимоий, ижтимоий – иқтисодий ва сиёсий муаммоларнинг юзага келишига сабаб бўлмоқда;

2. Болаларда анемия касаллиги йўналишидаги қўплаб илмий изланишлар асосан касалликни таххислашда, даволашда ва бошқа ҳар хил соматик ёки юқумли касалликлар билан биргаликда кечишидаги ўзаро боғлиқлик хусусиятларини ўрганишга қаратилган;

БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Салаева З.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жиҳатдан суяк қўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида

лейкемик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади. Лимфоцитар лейкозда патоморфологик ўзгаришлар дастлаб аъзоларнинг строма-томир тузилмаларида пайдо бўлиб, кейин паренхимасига тарқалиб боради.

Ишнинг мақсади. Ёш болалар лимфолейкози касаллигининг хос патоморфологик ўзгаришларини аниқлаш олинди.

Текшириш натижалари. Трепанобиопсия материалида, яъни суяк кўмиги ўрганилганда маълум бўлдики, лейкознинг ривожланиш даражасига қараб, агар енгил формаси бўлса лейкозга хос бласт ҳужайралар ўчоқли кўринишда тўпланган, оғир формасида эса суяк кўмигининг деярлик барча соҳасини эгаллаб, диффуз ҳолда инфильтрацияланган. Кўпинча кон қуйилиш ўчоқлари, некрозлар, суяк кўмиги бошқа ҳужайраларининг гипоплазияси аниқланади.

Болалар лимфоцитар лейкозида патоморфологик жиҳатдан ўзига хос белгилари суяк кўмигидан бошлаб, тимус, талок, лимфа тугунлар ва ҳатто жигарда ҳам мавжудлигини таъкидлаш мумкин. Суяк кўмигида касаллик аксарият ҳолларда ўчоқли лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади ва лейкознинг бошқа турларидан шу белгиси билан фарқ қилади. Тимусда эса маълумотлар аниқ, яъни асосан Т лимфоцитар лейкозда лейкомик инфильтрация тимуснинг оралик тўқимасидан бошланиб, кейин паренхимасига тарқалади ва кўпинча пўстлоқ қаватини лейкомик инфильтрация босиб кетади. Талокдаги ўзига хос патоморфологик ўзгаришлар шундан иборатки, лимфоцитар лейкознинг турига қараб, Т лимфоцитар лейкозда асосан маргинал майдон ва периартериал майдон лейкомик инфильтрацияга учраса, В лимфоцитар лейкозда ўзгариш маргинал майдондан бошланиб, кейинчалик лимфоид фолликулаларни тўлиқ эгаллайди.

Хулоса: 1. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жиҳатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади.

2. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида лейкомик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ГОРОДСКИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЖДА

Салаева З.Ш.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской Академии

Введение. В хронологический период детства, в целом детский организм существует в состоянии ферростресса, когда возникает явное несоответствие между значительно возрастающими потребностями развивающегося детского организма в этом металле, в связи с ростом, увеличением объема циркулирующей крови, с другой стороны же все используемые пищевые диеты, содержат ограниченные (маргинальные) количества железа вообще, тем более железа усвояемого в желудочно-кишечном тракте, что бывает недостаточным для нормального обеспечения растущих физиологических потребностей детского организма в этом металле. Кроме того, необходимо учитывать еще одну составляющую интегрального показателя нормального баланса железа в организме – запасы железа в этом организме, которые, как правило, также недостаточны для обеспечения поддержания гомеостаза железа в организме детей.

Цель исследования. Изучить метаболизм железа у городских детей дошкольного возраста со средней степенью ЖДА по показателям, характеризующим функциональные фонды железа в организме-плазменный и запасный.

Материалы и методы исследования. Методом случайного бесповторного отбора обследовали городских 29 детей, у которых по уровню общего гемоглобина крови ($<90,0 \text{ г/л}$ / $>70,0 \text{ г/л}$) была классифицирована средняя степень ЖДА.

Результаты и обсуждение. У данных детей уровень общего гемоглобина в среднем составлял $83,3 \pm 0,73 \text{ г/л}$ при дисперсии этого показателя от $76,0 \text{ г/л}$ (min) до $88,0 \text{ г/л}$ (max), т.е. этот показатель соответствует средней степени ЖДА. В целом следует отметить, что при средней степени железодефицитной анемии у детей имеют место значительные флуктуации в метаболизме железа у них в организме. Так, уровень сывороточного железа у этих детей значительно снижен, в среднем составляет $5,40 \pm 0,26 \text{ мкмоль/л}$ при дисперсии этого показателя от $3,06 \text{ мкмоль/л}$ (min) до $7,50 \text{ мкмоль/л}$ (max). На фоне значительной гипоферремии в сыворотке крови у обследованных городских детей выявлена патологическая гипертрансферринемия, в среднем уровень иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови у этих детей составляет $4,72 \pm 0,03 \text{ г/л}$ при дисперсии этого показателя от $4,40 \text{ г/л}$ (min) до $5,10 \text{ г/л}$ (max). Такая выраженная гипертрансферринемия у этих детей носит, как видно, компенсаторный характер и направлена на ускоренный оборот железа в организме, наиболее полную его доставку в эритроцит для нужд гемоглобинового синтеза. На фоне такой гипертрансферринемии имеет место незначительная насыщенность этого белка в крови железом, в среднем, коэффициент насыщения трансферрина железом составляет $4,7 \pm 0,22\%$ при дисперсии этого показателя от $2,5\%$ (min) до $6,7\%$ (max). Запасы железа в среднем у детей со средней степенью ЖДА составлял всего $51,36 - 64,20 \text{ мг}$ железа. Анализ изотрансферринового спектра сыворотки крови у детей со средней степенью ЖДА показал значительный количественный сдвиг спектра – апотрансферрин – моноферриттрансферрин – диферриттрансферрин влево в сторону апо- и ненасыщенных изотрансферринов, так общая доля апотрансферрина в пуле трансферрина сыворотки крови возрастает до 80% , при снижении доли диферриттрансферрина до величин малозначимых для эритропоэза (в среднем доля диферриттрансферрина снижается до $4 - 5\%$ от общего пула иммунореактивного трансферрина в сыворотке крови).

Выводы. Изучен метаболизм железа у детей дошкольного возраста, с диагностированной средней степенью железодефицитной анемии, постоянно проживающих в г. Ургенче по показателям, отражающим состояние плазменного и запасного фондов железа в организме.

ВИДЕОЛАПАРАСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.

*Салимов Ш.Т., Бердиев Э.А.
РНПЦМ и ЭХДВ, г.Ташкент., Термезский филиал ТМА.*

Актуальность проблемы. Лечение спаечной кишечной непроходимости является актуальной проблемой абдоминальной хирургии детского возраста. Удельный вес СКН у детей составляет от 48-до 55% среди других видов кишечной непроходимости и имеет тенденцию к дальнейшему неуклонному росту.

Цель исследования. Разработка эффективного способа профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости у детей.

Материалы и методы исследования. В нашем центре находились на лечении 137 детей со СКН. Из них 53 (38,6%) детей поступило в центр с клиникой ранней СКН. 24 (17,5%) детям из них проведено хирургическое вмешательство, рассечение спаек. У 29 (21,1%) больных после консервативного лечения отмечался положительный эффект и выписан домой с разрешенной кишечной непроходимостью. 54 (39,4%) детей поступили с клиникой поздней СКН. Из них у 36 (26,3%) обнаружена странгуляционная СКН, путем рассечения спайки, ликвидировано странгуляция.

Для профилактики спайкообразования в брюшную полость введен фибринолитическая смесь с разработанной схеме, проведено физиотерапевтические лечения (УВЧ, электрофорез с лидазой). У остальных 18 детей (13,1%) после консервативного лечения получен желаемый эффект. У больных после исчезновения признаков СКН, был проведен 2 суточные наблюдения, после чего выписаны домой. Однако через 2-3 недели больные снова поступили в стационар с клиникой СКН. После подтверждения диагноза и проведения предоперационной подготовки, рассечены шнуровидные спайки. Спайкообразование брюшной полости у детей зависит от реактивности организма и травматичности операции, поэтому в последние годы возрастает интерес к малоинвазивному методу лечения СКН.

В нашем центре находилось на лечении 19 детей со СКН. Из них 12 (6,3%) детей поступили в центр с признаками ранней СКН. Всем детям, поступившим в центр с проявлениями острой СКН проводились стандартные консервативные мероприятия, направленные на стимуляцию кишечника. Консервативная терапия продолжалась в течение 6-12 часов при условии появления положительной динамики. У 7 детей консервативная терапия оказалась эффективной. После ликвидации явлений СКН проводилась неспецифическая профилактика спайкообразования, назначалась лидаза 64 МЕ в сочетании с физиотерапевтическими процедурами: электрофорез с лидазой на переднюю брюшную стенку. У 5 детей из - за неэффективности консервативной терапии проводилось видеолапароскопический адгезиолизис.

Лапароскопическое разделение спаек начиналось с отделения спаек или петель кишечника от передней брюшной стенки, затем производилось разделение висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных сращений или рассечение отдельных спаек. По окончании разделения спаек производилась повторная ревизия тонкого кишечника и всей брюшной полости, эвакуировался выпот из брюшной полости, вводилась противоспаечная смесь: (фибринолитическую смесь состоящую из гепарина 10000 ЕД+ фибринолизин 20000 ЕД+ гидрокортизон 125мг+ гентамицин 80мг+раствор новокаина 0,25%-200.). В послеоперационном периоде вместе с общим лечением проводился курс консервативного противоспаечного лечения (медикаментозная, физиотерапевтическая, ранняя стимуляция кишечника, ЛФК, электрофорез с лидазой). Дети выписывались домой при нормализации общего состояния и нормальном пассаже кишечного содержимого.

7 детей поступили в стационар с клиникой поздней СКН. С помощью консервативных мероприятий удалось купировать приступ поздней СКН. Оперативная лапароскопия с разделением спаек выполнена им на третьи сутки в плановом порядке после дополнительного обследования – ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости. За три недели до хирургического вмешательства назначены бифиформ по 1 капсуле х 3 раза в день и хилак форте по 15 капель 3 раза в день. За 7 дней до видеолапароскопии назначены электрофорез с лидазой на переднюю стенку живота. После чего выполнена видеолапароскопия с разделением спаек. Послеоперационный период протекал гладко, с 1 дня после операции назначен электрофорез с лидазой на переднюю стенку живота в течение 7 дней; со 2-го дня назначена смекта по одному пакету 3 раза в день, в течение 7 дней; с 8-го дня после операции назначены бифиформ по 1 капсуле 3 раза в день и хилак форте по 15 капель х 3 раза в день в течение 1 месяца. Через 1 месяц после лапароскопического адгезиолизиса проведен курс электрофореза с коллалезином на переднюю стенку живота в количестве 8 процедур в течение 8 дней - массаж живота и ЛФК. При контрольном обследовании через 3 и 6 месяцев после лапароскопического адгезиолизиса дети жалоб не предъявляли, и по данным УЗИ спаек в брюшной полости не выявлено.

Выводы. Таким образом, из выше изложенного следует при ранних СКН после лапароскопической ликвидации спаек необходимо проводить консервативные мероприятия для предотвращения спаечного процесса. При поздней СКН предварительно проводить консервативное лечение СКН с последующим лапароскопическим адгезиолизисом.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*Санакулов А.Б.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Детским ожирением называется хроническая форма нарушения обмена веществ у детей. Это состояние сопровождается накоплением в организме излишней жировой ткани и встречается примерно у 20% детей и подростков. Еще 30 лет назад количество детей, страдающих ожирением, не достигало и 10%, поэтому всем современным родителям необходимо знать, как выявить первые признаки этой патологии и как ее лечить. Одним из наиболее вероятных факторов риска является наследственность — так называемый семейный синдром. При наличии ожирения у обоих родителей вероятность его возникновения у ребенка превышает 80%. Но при этом причины ожирения могут стать и другие факторы, не имеющие отношения к наследственной предрасположенности.

Целью исследования явилось изучение влияния метформина и α -липовой кислоты на экзогенно-конституциональное ожирение у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано 40 детей с экзогенно-конституциональным ожирением в возрасте от 12-18 лет. ИМТ составил в среднем $33,4 \pm 0,9$ кг/м². Дети были разделены на 2 группы: 1 составили 22 ребенка, получивших только диетотерапию и метформин в дозе 1000 мг/сутки, 2 группу составили 18 детей, получивших сочетание метформина и α -липовой кислоты 200 мг/сутки.

Результаты исследования. Проведенное нами исследование показало, что применение α -липовой кислоты и метформина в терапии ожирения у детей в 2 раза повысило эффективность лечения по сравнению с группой пациентов, применявших лишь метформин. В ходе проведенного лечения снижение массы тела было отмечено у 88,2% пациентов основной группы и 73,3% детей группы сравнения. В среднем пациенты, получавшие α -липовую кислоту и метформин, сбросили по $4,3 \pm 2,5$ кг, в то время как в группе сравнения снижение массы тела в среднем не превышало $2,4 \pm 0,8$ кг. По отношению к массе тела до начала лечения этот показатель соответствовал в среднем снижению веса у детей и подростков на $7,3 \pm 1,0\%$ при использовании α -липовой кислоты, в то время как пациенты в группе, получавшей традиционное лечение, смогли избавиться только от $2,4 \pm 0,9\%$ своей массы. При этом применение α -липовой кислоты приводило к изменению поведения в еде, что в значительной мере снизило неконтролируемые приемы пищи. Следует отметить, что α -липовая кислота хорошо переносилась всеми пациентами, ее применение не вызывало каких-либо побочных действий.

Выводы: На современном этапе существует явная необходимость в разработке глобальной стратегии борьбы с избыточным весом и ожирением. Раннее выявление детей, относящихся к группе риска, и своевременное начало лечебно-профилактических мероприятий может предотвратить или, по крайней мере, значительно замедлить формирование характерных для ожирения факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим схема комбинированного применения альфалипоевой кислоты и метформина может с успехом применяться у детей с экзогенно-конституциональным ожирением.

БОЛАЛАРНИ СЕМИЗЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Санакулов А.Б.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Муаммолари: Ривожланган мамлакатларда 18 ёшгача бўлган болалар орасида метаболлик синдромнинг тарқалиши 10% дан 30% гача, индивидуал омиллارга эга бўлган беморлар сони ушбу вазиятни яхшилаш хавфи анча юқори. Милодий эпидемиологик тадқиқотлар кўпчилик катталар билан боғлиқ бўлса-да, метаболлик синдром томонидан ота-оналарнинг фарзандларида ривожланиш хавфи кескин ортиб бориши аниқланган. Болалар ва ўсмирлардаги семизлиkning ортиб бориши, у билан боғлиқ бўлган углевод ва ёғ алмашинуви касалликларининг юқори частотаси ушбу ёш гуруҳидаги метаболлик синдром муаммоларини ўрганишнинг долзарблигини кўрсатади.

Ишнинг максади: Семизлиги бор болаларда метаболлик синдромни ташкил этувчилар ва хавф омилларининг учраш частотасини аниқлаш.

Текширув материаллари ва усуллари: Вилоят эндокринология диспансери рўйхатида турган 14 ёшдан 17 ёшгача бўлган 48 нафар экзоген-конституционал семизлиги бор болалар текширилди. Улар 21 нафар киз ва 27 нафар ўқил болалар бўлиб, уларнинг ўртача ёши $15,32 \pm 0,11$ ёшни ташкил қилди. Қуйидаги клиник текширувлар ўтказилди: ҳаёт анамнезини ўрганиш, антропометрия, ортиқча тана вазнини фойдаларда ҳисоблаш, ТВИ, бел айланаси (БА). Бел айланаси кўрсаткичларига қараб абдоминал семизлик аниқланди (АС). Семизлиги бор болалар абдоминал семизлигига қараб гуруҳларга ажратилди. 1- гуруҳга 18 нафар тананинг барча қисмларида бир хил турдаги семирган болалар киритилди, 2- гуруҳга абдоминал семизлиги бор 30 нафар бола киритилди. Шунингдек 20 нафар 14 ёшдан 16 ёшгача бўлган ортиқча вазнга эга бўлмаган соғлом болалар назорат гуруҳини ташкил этди.

Текширув натижалари: ТМИ I гуруҳда $26,74 \pm 0,48$ кг/м² ни ташкил этди; II гуруҳда у нисбатдан юқори кўрсаткичларда эди $31,12 \pm 0,50$ кг/м². Семизлик даражаси ошиши билан бел айланасининг ошиши исботланган ($r = +0,654$). ТВИ киёсий гуруҳда ўртача $18,14 \pm 0,41$ кг/м² ни ташкил қилди. Текширилаётган болалар ва уларнинг ота-оналари овқатланиш тартиби ўрганилганда улар кунлик рационининг асосини қовурилган картошка ва қовурилган ёғли таомлар - 83,3%, ширинлик ва пишириклар 81,2%, макарон ва бошқа ун маҳсулотлари 77,8% ни ташкил этди. Тез тайёр бўладиган фаст-фуд маҳсулотларини 2- гуруҳ болалари деярли тўлиқ қабул қилишган (96,6%). Семизлик билан азият чекаётган болаларнинг кўпчилигида 1- ва 2- гуруҳда ҳам гиподинамик ҳаёт кузатилган (83,3% ва 93,3%). Болаларнинг 10,1% гина спортнинг баъзи турлари билан шуғулланишган, киёсий гуруҳ болалари орасида эса спорт билан шуғулланувчилар сони кўпроқ 60% ни ташкил этади. Ҳар куни компьютер ва телевизор ёнида 3 соатдан ортиқ ўтирадиган болалар 93,03% ташкил этди. АКБ даражаси I гуруҳда тананинг барча қисмларини бир хил даражада ортиши билан кечадиган семизликда ёшга мос кўрсаткичларда эди ва САКБ - $108 \pm 3,31$ ва ДАКБ- $68,09 \pm 2,47$ мм рт. ст.ни ташкил қилди. II гуруҳдаги болаларнинг АКБ САКБ - $123,63 \pm 1,41$ ва ДАКБ - $78,51 \pm 1,31$ мм рт. ст. ($P < 0,01$). АКБ бу гуруҳдаги болаларда чегаравий кўрсаткичларда бўлиб, келажакда АГ га ўтиш хавфи бўлган омиллари гуруҳига киради. Абдоминал семизлиги бор болаларда СК ошганлиги $0,389 \pm 0,012$ ммоль/л гача аниқланди; тана барча қисмларининг бир хил даражада ортиши билан кечадиган семизлиги бор болаларга нисбатдан- $0,223 \pm 0,011$ ммоль/л ни ташкил этди. АКБ чегаравий ҳолатда бўлган болаларда СК даражаси ҳам баландлиги аниқланди ($0,402 \pm 0,130$ ммоль/л). Исботланган мусбат корреляция СК ва ТМИ ҳамда АКБ ўртасида аниқланди. Асосий гуруҳ болаларида глюкозанинг наҳордаги даражаси $5,08 \pm 0,04$ ммоль/л ни ташкил этди, семирish туридан қатъий назар, киёсий гуруҳда бу кўрсаткич анча паст - $4,71 \pm 0,08$ ммоль/л ни ташкил этди. Шу гуруҳда ТВИ нинг ортиши ҳам ИРИ ($r = +0,608$) ва СК даражасининг ($r = +0,201$) ошиши билан кечган. Шунингдек бу гуруҳда ИРИ ошиши билан липидлар алмашинувининг бузилиши, β -липопротеидлар ($r = +0,758$), триглицеридлар ($r = +0,740$) микдорининг ортиши кузатилган. Аниқландики, МСнинг хавф гуруҳига (АС + 1 тоифа: углевод ёки липидли маркер, ёки АГ) 8 (30%) болаларда кузатилган бўлса, тўлиқ МС (АС + 2 ва ундан кўп қўшимча мезонлар) 6 нафар болада (20%) кузатилди.

Хулосалар: Болаларда семизликка олиб келувчи хавф омилларига гиподинамия, юқори каллорияли овқатлар сабаб бўлади. Абдоминал семизлик липидлар алмашинувининг бузилиши, АКБ нинг ошиши, инсулинга резистентлиқнинг ортиши билан намоён бўлади. АС бор болаларнинг 1/5 да тўлиқ метаболитик синдром аниқланди, 1/3 қисм абдоминал семизлиги бор бўлган болаларда 1 та қўшимча мезон аниқланди ва бу эса бу гуруҳдаги болаларни метаболитик синдром юзага чиқиши хавфи бор болалар гуруҳига киритишга асос бўлади.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Сатимова Ш.М., Усманова Г.А., Кузиева Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Самым частым заболеванием у беременных является инфекция мочевых путей. Данное воспаление может наблюдаться во время беременности, родов или в послеродовом периоде. Предрасполагающими факторами для развития инфекции мочевых путей во время беременности являются перестройка гормонального и иммунного статуса, нарушение мочевого выделения, обусловленное изменением топографо-анатомических взаимоотношений по мере роста матки.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения инфекции мочевых путей с применением растительного уросептика Тутукон.

Материал и методы исследования. Было обследовано 25 беременных женщин с инфекцией мочевых путей. Всем женщинам проведено клинико-лабораторное исследование и УЗИ почек. На основании жалоб и анализов мочи подтвержден диагноз, и в комплекс лечения был включен препарат Тутукон. Входящие в состав препарата вещества, оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, усиливают эффект антибактериальной терапии.

Критериями излеченности инфекции мочевых путей являются: исчезновение клинических проявлений заболевания, позитивная динамика при ультразвуковом исследовании почек и отсутствие патологических изменений в моче при трехкратном ее исследовании в течение 8-10 дней.

Результаты. После назначенного лечения 23 женщины отмечали исчезновение симптомов заболевания (боли внизу живота и пояснице, частое и болезненное мочеиспускание, слабость). Лабораторные и инструментальные данные подтвердили положительную динамику в лечении. У двоих беременных симптомы заболевания значительно уменьшились, но имели место быть, что возможно связано с погрешностями в питании и несоблюдением режима в лечении.

Таким образом, инфекции мочевых путей являются грозным осложнением, которое требует тщательного обследования и комплексного лечения. Уросептик Тутукон, растительного происхождения является удачным дополнением к антибиотикотерапии. Своевременная профилактика, диагностика и лечение позволят значительно снизить частоту осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы.

НЕОТЛОЖНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Сатимова Ш.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Воспалительные заболевания внутренних гениталий представляют собой важную медицинскую проблему. По частоте, тяжести и продолжительности вызываемых расстройств у женщин репродуктивного возраста эта патология занимает одно из первых мест

Диагностическая лапароскопия нередко превращается в лечебно - оперативную, так как при многих острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза, опухолях и опухолевидных образованиях яичников операции выполняют через лапароскоп. Благодаря этому значительно сокращается число послеоперационных койко-дней, уменьшается количество послеоперационных осложнений, и пациенты в кратчайшие сроки возвращаются к обычной трудовой деятельности.

Использование лапароскопии в ургентной гинекологии остается проблематичным из-за сдержанного отношения практических врачей к ней как к методу диагностики и лечения экстренных состояний в гинекологии.

Цель исследования. Изучение неотложной лапароскопии у гинекологических больных в условиях хирургического стационара.

Материалы и методы исследования. За три года в клинике выполнено 914 диагностических и лечебных лапароскопий, 179 лапароскопических гинекологических операций по экстренным показаниям. Лапароскопии и операции выполнялись дежурными хирургами. 76,4% (698 пациентам) лапароскопия выполнялась для исключения острой хирургической патологии, 23,6% (116 пациенток) - с подозрением на гинекологические заболевания.

Результаты исследования. Патология внутренних половых органов была выявлена у 263 больных (32,3%), из них 14,4% (38 больным) потребовалась операция, в 41 % случаев (108 больным) выполнена лечебная лапароскопия (осушивание, дренирование брюшной полости, введение в малый таз дренажей и микроиригаторов), в 44 % случаев (117 больным) пациентки в оперативном вмешательстве не нуждались.

Лапароскопические операции выполнены по поводу: внематочная беременность- 54,74% (98), разрыв кисты яичника, перекрут кисты, апоплексия яичника, кровоизлияние в кисту - 33,52% (60), воспалительные заболевания гениталий 3,9% (7), кроме того, по поводу перфорации матки, перекрута маточных труб, гемоперитонеума после лапаротомных операций.

Объем операций выбирался согласно правилам хирургии и гинекологии. Выполнялись тубэктомии, аднексэктомии, эндоскопический гемостаз, резекция маточных труб с формированием сальпингостомы, коагуляция очагов эндометриоза, сальпингостомии, кистэктомии, резекции яичников, дренирование брюшной полости, в том числе и через кольпостому.

Длительность операций составила 12-50 минут, в среднем 24,4 минуты, длительность наркоза - 15-57 минут, в среднем 27,5 минут. Пребывание больных в стационаре составило 5-9 дней (в среднем 5,3 койко-дня).

При сравнении этих характеристик с группой больных, оперированных лапаротомным доступом (при тех же показаниях к операции), показатели составили: длительность операций от 45 минут до 1 часа 35 минут (в среднем 1 час 15 минут), длительность наркоза от 45 минут до 1 часа 35 минут (в среднем 1 час 20 минут), пребывание больных в стационаре от 8 до 18 суток, в среднем 11,3.

Вывод. Таким образом, мы считаем целесообразным применение лапароскопии в ургентной гинекологии в диагностических и лечебных целях. Этот метод диагностики и лечения эффективен, малотравматичен, позволяет женщине быстро восстановить репродуктивную функцию, а также является экономически выгодным, так как сокращает сроки пребывания женщины в стационаре и на больничном листе.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ И АНЕМИЕЙ

Сатимова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вопрос о тактике ведения пациенток репродуктивного возраста с миомой матки остается актуальным в связи с тем, что во всем мире отмечается достаточно высокая частота и тенденция к росту данного заболевания. На сегодняшний день используются три метода лечения миомы матки, как отдельно, так и при необходимости в сочетании друг с другом: хирургическое вмешательство, медикаментозная терапия, малоинвазивные методы. К сожалению, до сих пор наблюдается большая распространенность радикальных операций, которым нередко подвергаются женщины репродуктивного возраста с миомой матки и клиническими проявлениями.

Цель исследования. Оптимизация эндоскопических операций у больных с миомой матки и анемией с использованием препарата Эпокрин в предоперационной подготовке.

Материалы и методы исследования. Обследовано 110 пациенток с миомой матки и анемией, сочетающейся с различной гинекологической патологией. Средний возраст больных составил 35,6±0,3 года.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у женщин, в предоперационном периоде которых применялся препарат Эпокрин, прослеживается четкая и устойчивая нормализация показателей состояния эритронов.

Методом оперативного доступа у первой группы, состоящей из 55 пациенток, явилась лапароскопия, у второй группы из 55 пациенток - лапаротомия. В первой и во второй группе у 55 женщин в предоперационном периоде проводилась традиционная антианемическая терапия (препараты железа, витамины), у остальных 55 пациенток в комплексе с традиционным лечением использовался препарат Эпокрин. Расчет дозы и длительность применения препарата проводились индивидуально под динамическим контролем клинко-лабораторных исследований. Препарат вводился подкожно, с расчетом 200 ед./кг массы тела.

Для оценки эффективности терапии проводилось исследование клинического анализа крови, активности эритропозитина в сыворотке крови, показателей обмена железа (сывороточное железо, трансферин, ферритин). Особое внимание уделялось возрастанию показателей гемоглобина, гематокрита и артериального давления.

Выводы Эпокрин является эффективным и хорошо переносимым препаратом, который в предоперационном периоде позволяет корригировать состояние анемии у больных с миомой матки.

ОЦЕНКА ТРАВМАТИЧНОСТИ ОПЕРАЦИЙ (ЛАПАРОТОМИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ) ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сатимова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Лапаротомия в гинекологии применяется в случае злокачественного поражения органов репродуктивной системы, течения в местных тканях опухолевых процессов и при некоторых других нарушениях. Операция предполагает рассечение передней стенки брюшной полости. Это делается для формирования прямого доступа к проблемной зоне.

Цель исследования. Оценить степень травматичности операций, выполненных различными доступами в гинекологии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 140 женщин, которым было произведено оперативное лечение лапароскопическим и лапаротомическим доступом.

Результаты исследования. Послеоперационное течение оценивали по шкале травматичности оперативного вмешательства. Учитывались следующие параметры: температурная реакция, болевая реакция, двигательная активность, перистальтика кишечника, мочеиспускание, клинические показатели крови, уровень молекул средней массы. Оценивались по балльной (0,1,2 балла) системе.

Легкая степень травматичности от 0 до 4 баллов, средняя степень - от 5 до 9 и тяжелая - от 10 до 14 баллов. Показаниями для операции были следующие диагнозы: эндометриоз, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков. Средний возраст пациенток составил 36,2±0,4 года.

При использовании лапароскопического доступа легкая степень травматичности выявлена в 85% наблюдений, средняя степень - у 15%. При использовании лапаротомического доступа (аналогичных гинекологических патологиях) легкая степень травматичности выявлена у 8,3% пациенток, средняя - у 60% и тяжелая - 31,7%.

Выводы. Лапароскопический доступ оперативного вмешательства является более бережным, щадящим по сравнению с лапаротомическим доступом. Пациентки после лапароскопических операций активны, не испытывают болевых ощущений и проблем с мочеиспусканием. У такого контингента женщин наступает ранняя трудоспособность и социальная реабилитация.

Молекулы средней массы являются дополнительными критериями оценки степени травматичности оперативного вмешательства и показателем состояния больных в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РИТМ СЕРДЦА РЕБЕНКА

Сахибова М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие этого направления исследований в настоящее время идет достаточно интенсивно, поскольку под влиянием успешного приложения метода так называемого «объектного программирования» для разработки архитектуры сложных компьютерных программ в медицине вновь появился интерес к исследованию особенностей формирования человека на ранних этапах его развития под влиянием совокупности наследуемых и приобретенных факторов, получивший название «раннее программирование развития человека».

Цель исследования. Оценка влияния патологии беременности в первой и второй половине на формирование ритмической деятельности сердца у ребенка и ее характеристики в неонатальном периоде и в школьном возрасте.

Материал и методы исследований. Исследование проведено в 2 этапа. На первом этапе оценены характеристики сердечного осциллятора ребенка в неонатальном периоде и проведена попытка выявления их связи с особенностями течения беременности и родов. На втором этапе проведен анализ структуры ритма сердца у детей школьного возраста и сделана попытка выявления связи паттерна структуры ритма сердца с характеристиками беременности и особенностями течения неонатального периода, определенными на первом этапе, как факторы риска развития сердечной дисритмии.

У 160 новорожденных в течение первых 5 дней жизни и у 123 детей обоего пола в возрасте 7-10 лет анализировали связь характеристик

структуры ритма сердца, интервальных характеристик ЭКГ и патологии беременности, описываемой как в терминах нозологических форм, так и в терминах симптомов.

Состояние детей описывали 122 характеристиками беременности (анкетирование), родов и раннего неонатального развития.

Результаты исследования. Амплитудные характеристики электрокардиограммы, длительность интервалов РС> и С)Т, как и фракция эжекции левого желудочка ни в неонатальном периоде ни у детей старшего возраста не связаны с наличием патологии в раннем анамнезе ребенка.

Характеристики раннего развития ребенка достоверно связаны с характеристиками структуры ритма сердца школьника. В наибольшей степени структура ритма сердца определяется наличием асфиксии в родах, малой длиной тела и большим весом при рождении.

Патология первой половины беременности приводит к увеличению вариабельности, патология второй половины - к уменьшению вариабельности (ригидный) ритма сердца ребенка в неонатальном периоде.

Наличие патологии беременности в существенной мере определяет значения практически всех характеристик структуры ритма сердца. К наиболее существенным управляющим факторам относятся токсикоз беременности (преэклампсия) в первой половине беременности и заболевания матери, сопровождавшиеся повышением температуры более 38 град С после 8 недель беременности.

Наличием патологии раннего периода развития ребенка в наибольшей степени определяются значения средней длительности кардиоцикла, относительной вариабельности ритма, выраженности дыхательных и недыхательных, связанных с уровнем артериального давления, периодических составляющих.

Вывод. Практическая ценность работы заключается в том, что автором выявлены факторы беременности, способствующие развитию сердечных дисритмий, и определена их иерархии в части формирования риска их развития, а также предложен метод построения модели пространственного распределения клеток-пейсмейкеров.

РАЦИОН ПИТАНИЯ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА И МЕТАБОЛИЗМ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Сахибова М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Остаются не ясными многие вопросы всасывания и метаболизма ряда микронутриентов у недоношенных детей. Осложняет проблему тот факт, что всасывание ряда микроэлементов происходит по одной транспортной системе, поэтому дополнительное повышение содержание в рационе одного из них может нарушить усвоение других. Эффективным подходом к оценке обеспеченности детей микроэлементами является изучение взаимосвязи между их содержанием в грудном молоке или молочной смеси, которую получает ребенок, и концентрацией данных веществ в крови, а также определении уровня экскреции микроэлементов с мочой и калом.

Материнское молоко, являясь оптимальным продуктом для вскармливания доношенных детей, не всегда обеспечивает высокие потребности детей, родившихся преждевременно. По данным ВОЗ [2006 г.] дети с массой тела более 2000 г могут получить с грудным молоком достаточное количество пищевых веществ. Однако, в процессе

лактации их концентрация, в том числе и микроэлементов, быстро снижается. Содержание различных нутриентов в грудном молоке в определенной степени зависит от полноценности питания кормящей женщины. Но степень влияния уровня микроэлементов в рационах матерей на их концентрацию в грудном молоке практически не исследована. Нуждаются в изучении и различные способы коррекции рационов питания кормящих женщин.

В связи с этим определение взаимосвязи между питанием матерей, содержанием микроэлементов в грудном молоке и обеспеченностью недоношенных детей микроэлементами представляется весьма актуальным.

Цель исследования. Установить и оценить влияние содержания микроэлементов в рационах питания и грудном молоке кормящих женщин на их метаболизм у недоношенных детей в неонатальном периоде.

Материал и методы исследований. Под наблюдением было 86 новорожденных недоношенных детей и 84 кормящие матери. Дети находились на стационарном лечении и обследовании в условиях совместного пребывания матери и ребенка. Все обследуемые дети получали исключительно грудное материнское молоко.

Результаты исследования. Рационы питания преждевременно родивших женщин оказывают существенное влияние на содержание в грудном молоке эссенциальных микроэлементов: железа, цинка, меди, марганца, йода, селена и хрома.

Установлено, что питание кормящих матерей, используемое в стационаре второго этапа выхаживания недоношенных детей, приводит в процессе лактации к снижению содержания в грудном молоке всех изучаемых микроэлементов на протяжении неонатального периода.

При снижении содержания микроэлементов в крови у недоношенных детей их экскреции с калом уменьшается (железо $p < 0,01$, марганец $p < 0,05$, цинк $p < 0,05$), отражая недостаточную обеспеченность организма данными микроэлементами.

Установлено, что содержание селена (в пределах от 0,14 до 0,25 мг) и йода (в пределах от 0,34 до 0,49 мг) в рационах питания кормящих женщин, превышающее их потребности, позволяет предотвратить снижение уровней указанных микроэлементов в крови недоношенных детей.

Содержание в рационах питания женщин цинка в количестве 12,7 - 18,8 мг не предотвращает снижение его уровня, как в грудном молоке, так и в крови недоношенных детей, получающих материнское молоко.

Вывод. Выявлены удовлетворительное содержание основных пищевых веществ и энергетическая ценность рационов при пониженном уровне микроэлементов, как в индивидуальных рационах питания женщин, так и диете матерей, используемой в отделении недоношенных детей.

Установлена прямая зависимость уровня микроэлементов в грудном молоке от их содержания в рационах питания кормящих матерей.

Доказана целесообразность введения в рационы питания преждевременно родивших женщин специализированных продуктов, обогащенных минеральными веществами и витаминами.

Разработан рацион для матерей в отделении недоношенных детей и даны рекомендации по оптимизации питания кормящих женщин за счет введения специализированных продуктов.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Солиева М.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Метод ультразвуковой диагностики (УЗД) является доступным, высоко информативным, позволяет провести эхографическую оценку структурной патологии плода, плаценты, амниона, а также определить степень гемодинамических нарушений фето-плацентарного комплекса у беременных с высоким инфекционным индексом. Позволяет выявить особенности церебральной гемодинамики у новорожденных с перинатальными осложнениями инфекционного генеза.

Анализ перинатальных критериев, отражающих функциональное состояние системы «мать-плацента-плод», с помощью статистических методов обработки позволит создать клинко-эхографическую шкалу прогнозирования тяжести состояния новорожденного с перинатальными инфекциями, что позволит оптимизировать лечебные мероприятия в антенатальном и постнатальном периодах.

Цель исследования. Дать комплексную оценку функционального состояния новорожденных с внутриутробными инфекциями для оптимизации тактики ведения перинатального периода.

Материалы и методы исследования. На 1 этапе, ретроспективно, было изучено 178 историй родов и соответственно 178 карт индивидуального развития новорожденного. Клинический материал был разделен на 4 клинические группы в зависимости от выраженности инфекционного процесса и степени тяжести состояния новорожденного:

1 группа ($n=40$) - контрольная, в которую вошли новорожденные от матерей с неосложненной беременностью, состояние ребенка при рождении удовлетворительное, оценка по Апгар на первой минуте $7,8 \pm 0,32$ балла, на пятой - $8,4 \pm 0,21$, масса тела $3320 \pm 140,6$ грамм и рост $52,1 \pm 0,18$ см.

2 группа ($n=60$) - новорожденные от матерей из группы риска по внутриутробному инфицированию, состояние ребенка при рождении удовлетворительное или средней степени тяжести с локальными проявлениями внутриутробной инфекции в виде пиодермии, ринита, отита, конъюнктивита, пневмонии средней степени тяжести. Оценка по Апгар на первой минуте $6,7 \pm 0,23$ балла, на пятой - $7,6 \pm 0,26$ балла. Масса тела при рождении составила $3274 \pm 44,7$ грамм, рост $51,2 \pm 0,2$ см.

3 группа ($n=50$) - новорожденные от матерей из группы риска по внутриутробному инфицированию, состояние ребенка при рождении тяжелое или средней степени тяжести с ухудшением до тяжелого в раннем неонатальном периоде с проявлениями внутриутробной инфекции в виде пневмонии, энтероколита, фетального гепатита и др. заболеваний.

Оценка по Апгар на первой минуте $5,6 \pm 0,37$ балла, на пятой - $6,6 \pm 0,3$ балла. Масса тела при рождении $-3298 \pm 77,1$ грамм, рост $52,3 \pm 0,4$ см.

4 группа ($n=28$) - новорожденные от матерей из группы риска по внутриутробному инфицированию, состояние ребенка при рождении тяжелое или крайней степени тяжести с генерализованными проявлениями внутриутробной инфекции, потребовавшими проведения искусственной вентиляции легких. Оценка по Апгар на первой минуте $3,6 \pm 0,34$ балла, на пятой - $4,8 \pm 0,42$ балла. В данной группе масса тела при рождении составила $3067,8 \pm 47,4$ грамма, рост $51,5 \pm 0,26$ см.

Результаты исследования. Разработана комплексная оценка функционального состояния новорожденных с внутриутробными инфекциями с целью оптимизации тактики ведения перинатального периода.

Установлено, что к значимым факторам риска развития ВУИ у женщин относятся: острая или рецидив урогенитальной инфекции в период беременности (ДТ= $92,86\%$), острые респираторные заболевания во время беременности (ДТ= $65,2\%$), гестационный пиелонефрит (ДТ= $52,8\%$), осложненное течение настоящей беременности (гестоз, угроза прерывания, токсикоз) (ДТ= 78%), отягощенный акушерский анамнез (ДТ= $59,6\%$), наличие экстрагенитальной патологии (ДТ= 64%).

Обоснована целесообразность использования ультразвукового исследования у беременных с высоким инфекционным риском, что повышает точность диагностики ВУИ.

Основными ультразвуковыми критериями ВУИ являются: гепато-абдоминальный коэффициент более $0,38$ у.е. (ДТ= 92%); нарушения биофизической активности плода (снижение или отсутствие двигательной активности (ДТ= $68,5\%$) и тонуса у плода (ДТ= 59%), нарушения дыхательной функции (ДТ= $66,3\%$); признаки плацентита (ДТ= 63%) и наличие инфекционных фетопатий (ДТ= 55%).

Установлено, что у детей, родившихся от матерей из групп риска по ВУИ, отмечается высокая заболеваемость в раннем неонатальном периоде, частота которой за период 2005-2008 гг. составила $21,1\% - 18,7\%$. Проявлением внутриутробной инфекции у новорожденных были как специфические (пеллюда, конъюнктивит, пневмония, энтероколит, сепсис и др.), так и возможные неспецифические признаки (нарушения со стороны ЦНС, ЗВУР, гипербилирубинемия).

Обнаружено, что нейросонография позволяет выявить у новорожденных с ВУИ структурные изменения в виде: перивентрикулярной гиперэхогенности (у $43 (31,2\%)$ детей), дилатации боковых желудочков (у $30 (21,7\%)$ детей), гиперэхогенных сигналов в таламусах (у $19 (13,8\%)$ детей), кист сосудистых сплетений (у $16 (11,6\%)$ детей). ВЖК, гидроцефалия и отек мозга регистрировались только у тяжелых и крайне тяжелых детей. Нарушения сосудистого тонуса в передней мозговой артерии у детей с ВУИ проявлялись в виде вазоспазма у $38 (27,5\%)$ детей и вазодилатации - у $27 (19,6\%)$ детей.

Количественная оценка эхоплотности паренхимы печени с построением гистограмм и определением среднего арифметического значений эхоплотности в исследуемом контуре, среднего квадратичного отклонения и коэффициента вариации позволяет объективно оценить структуру изучаемого органа, максимально исключая оператор зависимость метода.

Разработанная клиничко-эхографическая шкала позволяет прогнозировать тяжесть инфекционных осложнений у новорожденных с подтверждением прогноза в 85% у беременных с высокой степенью риска, в $68,6\%$ случаев у беременных со средней степенью риска и в $41,7\%$ - у беременных с минимальной степенью риска.

Разработанная клиничко-эхографическая шкала прогнозирования тяжести инфекционных осложнений у новорожденных способствует оптимизации тактики ведения перинатального периода, что позволяет добиться снижения перинатальной смертности на $0,6\%$, уменьшения заболеваемости внутриутробной пневмонией на $31,4\%$, уменьшения патологии ЦНС на $6,2\%$ по клиническим признакам и на $35,2\%$ по данным НСГ, уменьшения синдрома ЗВУР плода на $5,4\%$.

Вывод. Внедрение клиничко-эхографической шкалы, разработанной на основе комплексной оценки функционального состояния системы «мать-плацента-плод» при внутриутробном инфицировании, позволит прогнозировать степень тяжести инфекционного процесса у новорожденного, что будет способствовать оптимизации тактики ведения перинатального периода. Математическая обработка серошкального изображения паренхимы печени значительно повышает точность диагностики патологии гепато-билиарной системы при внутриутробной инфекции.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Солиева М.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Инфекции перинатального периода и сепсис являются нередкими осложнениями у новорожденных с дыхательными расстройствами. Используемые на практике критерии сепсиса недостаточно специфичны, вследствие чего методы прогнозирования инфекционного процесса у новорожденных распространения в широкой клинической практике не получили. В свете современных концепций сепсиса мы полагаем, что полиморфные варианты генов цитокинов и ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) могут повлиять на развитие септических осложнений у новорожденных с дыхательными расстройствами.

Поскольку наличие одного фактора риска не всегда может быть причиной возникновения той или иной болезни, прогнозирование, объединяющее анамнестические, клинические и генетические факторы риска на наш взгляд, имеет важное практическое значение, поскольку позволит проводить коррекцию лечения заболеваний

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов риска для разработки критериев прогнозирования развития дыхательных расстройств и их инфекционных осложнений у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задач исследования сформированы две выборки новорожденных. Доношенные пациенты ($n=127$) представлены подгруппами здоровых детей без дыхательных

расстройств - «контроль 1» ($n=100$) и больными пневмонией - «больные 1», ($n=27$). Группа недоношенных пациентов ($n=81$) представлена недоношенными без дыхательных расстройств - «контроль 2» ($n=27$) и больными с респираторным дистресс-синдромом новорожденных - «больные 2» ($n=54$). **Результаты исследования.** Критерии включения в подгруппы «больные 1» и «больные 2»: наличие тяжелой ДН с первых часов от рождения, потребовавшей респираторной терапии, лечение в условиях реанимации новорожденных. Критерии исключения: врожденные аномалии развития, пороки развития ЦНС. В подгруппу сравнения «контроль 1» вошли практически здоровые доношенные новорожденные без дыхательных расстройств, выписанные из родильного дома на 4-5-е сутки жизни.

Факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных являются: гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты, оперативное родоразрешение у матери, мужской пол, асфиксия при рождении. Факторами риска респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных являются: хроническая фетоплацентарная недостаточность, острые воспалительные заболевания матери во время данной беременности.

Аллель С полиморфного локуса 15800Т 4 экзона гена БИТВ и аллель в полиморфного локуса 252А>0 гена БТА являются факторами риска развития респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Возможно вычислительное прогнозирование риска развития пневмонии и респираторного дистресс-синдрома у новорожденных с использованием прогностических таблиц.

Полиморфные варианты гена И-1Ш ассоциированы с развитием инфекционных осложнений (сепсиса) у новорожденных.

Вывод. Определены новые факторы риска (генетические маркеры) развития дыхательных расстройств у новорожденных. Выявлен комплекс информативных анамнестических, клинко-лабораторных и генетических факторов, определяющих прогноз развития респираторного дистресс-синдрома и пневмонии у новорожденных.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ЮРА)

*Сотволдиева М.Ш., Ганиева М.Ш., Ефименко О.В.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель работы. Изучить особенности физического развития и возможные механизмы нарушения роста у больных ювенильным ревматоидным артритом.

Материал и методы исследования. При выполнении работы под наблюдением находилось 96 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Оценку физического развития детей, больных ЮРА, проводили на основании проведения соматометрии, которая включала антропометрические показатели роста, веса и вычисление ИМТ, которые проводились согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ (2013г.).

Результаты исследования. Анализ результатов исследования выявил увеличение основных антропометрических показателей у больных ЮРА с возрастом. Рост ниже средних значений был у 40 (41,7%) детей, средние показатели – у 54 (56,3%), выше средних – у 2 (2,1%) детей. Наиболее значимое снижение роста отмечалось у мальчиков 14 лет и у девочек 7-9 и 12 лет. При суставно-висцеральной форме заболевания рост ниже среднего зарегистрирован у 6 (6,2%) мальчиков и 10 (10,4%) девочек, а при быстро прогрессирующем течении – у 5 (5,2%) мальчиков и 11 (11,4%) девочек. Показатели массы тела ниже средних значений отмечались у 41 (43,3%) ребенка, средние показатели – у 52 (54,2%) детей и выше средних – у 3 (3,1%) детей. Отставание средних показателей массы тела у больных ЮРА отмечалось во всех возрастных группах, наибольшее у мальчиков в 11-12 и 14 лет, а у девочек в 8, 11-12 и 13-14 лет. Снижение массы тела при суставно-висцеральной форме заболевания зарегистрировано у 6 (6,2%) мальчиков и у 12 (12,5%) девочек, а при быстро прогрессирующем течении у 5 (5,2%) мальчиков и у 11 (11,4%) девочек.

Снижение ИМТ относительно среднепопуляционных величин отмечалось у 32 (33,3%) детей с ЮРА, у 62 (64,6%) детей показатели находились в пределах нормы и у 2 (2,1%) детей – выше средних значений. Наиболее выраженное снижение ИМТ наблюдалось у мальчиков в 11-14 лет, а у девочек в 8, 11-12 и 13-14 лет. Снижение ИМТ отмечено при суставно-висцеральной форме заболевания у 3 (3,1 %) мальчиков и 4 (4,2%) девочек, а при быстро прогрессирующем течении – у 5 (62,5 %) мальчиков и 8 (8,3%) девочек. При оценке физического развития в зависимости от пола отмечалось снижение количества детей со средним уровнем физического развития и увеличение с уровнями физического развития ниже среднего и низким среди девочек по сравнению с мальчиками во всех возрастных периодах.

При суставно-висцеральной форме заболевания физического развития ниже среднего низкое отмечалось в 2,3 раза чаще, чем при суставной форме (соответственно 72,7% и 32,2%), при наличии функциональной недостаточности II степени в 1,5-2,2 раза чаще, чем при сохраненной функции суставов (ФН I – 25,9 %, ФН II-A – 42,6 %, ФН II-B – 57,7 %). Исследования показали, что у больных 3-6 лет, как у мальчиков, так и у девочек, имело место достоверное увеличение индекса Кетле, что связано с тяжестью течения заболевания в этом возрастном периоде, частым системным проявлением, а также с длительным приемом глюкокортикоидов в больших дозах.

Выводы. 1. У больных ЮРА имелись возрастные отличия в динамике антропометрических показателей при сравнении с детьми здоровой популяции, характеризующиеся замедленным темпом роста скелета, меньшей массой тела и снижением ИМТ как у мальчиков, так и у девочек, наиболее выраженные при суставно-висцеральной форме и быстро прогрессирующем течении заболевания.

2. Снижение показателей физического развития требует особого внимания при реабилитации данной категории больных и постоянного мониторинга состояния физического развития.

АНАЛИЗ ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА) У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сотволдиева М.Ш., Ганиева М.Ш., Тешабоев У.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Ювенильный ревматоидный артрит занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний суставов. Его социальная значимость определяется не только высокой распространенностью, но и, прежде всего, большим материальным ущербом обществу, больному, его семье, вследствие высокой нетрудоспособности и рано наступающей инвалидности.

Цель работы. Изучить причины факторов ЮРА у детей.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели нами обследованы и наблюдались 96 детей в возрасте 3-14 лет с различными клиническими формами ЮРА, поступившие для обследования и лечения в Андижанский областной детский многопрофильный медицинский центр. Нами проводился опрос родителей и ретроспективное изучение данных историй болезней для выявления анамнестических, генетических особенностей и других предполагающих факторов, влияющих на возникновение у детей ЮРА.

Анализ результатов. Анализируя отягощенную наследственность детей с ЮРА в зависимости от формы заболевания, мы отметили большую ассоциацию заболеваний родителей, таких как хронические артриты и ревматоидный артрит, артропатии, остеохондрозы при суставной форме ЮРА. Подтверждением высказанного является то, что 13,2% родителей больных детей страдали хроническими артритами, а у 2,3% родителей диагностирован достоверный серопозитивный артрит. Эти данные подтверждают существование главного гена в развитии суставной формы ЮРА. Необходимо отметить, что системные проявления ЮРА у обследованных детей ассоциировались чаще всего с такими заболеваниями родителей, как аллергические дерматозы, системная красная волчанка, вирусный гепатит, особенно типа В. По-видимому, измененная реактивность организма (частые перенесенные интеркуррентные заболевания, поражение определенных органов) оказывает модифицирующее влияние в проявлении системности ЮРА. Несмотря на то, что каждый из этих признаков не является абсолютным свидетельством мультифакториальности, а некоторые лишь не противоречат ей, обнаружение их с большей вероятностью позволяет относить заболевание к мультифакториальным.

Среди наблюдаемых нами больных в анамнезе преобладали острые инфекции, такие как ОРВИ, ангины, вирусный гепатит по типу В, корь, краснуха, коклюш, ветряная оспа, которые могут сенсибилизировать организм больных и создавать благоприятные условия для развития системных заболеваний. Анамнез многих больных был отягощен такими фоновыми заболеваниями, как аллергический диатез. У наблюдаемых нами больных чаще всего преобладали хронические очаги инфекции: кариес зубов, аденоиды и сочетанные формы этих очагов инфекции: кариес зубов и хронический тонзиллит, кариес зубов, аденоиды и хронический тонзиллит.

Выводы. 1. Полученные результаты свидетельствуют о мультифакториальности ЮРА и преимущественно о роли наследственности и сенсибилизации организма в развитии ЮРА.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Султанов З.Ф., Мусаходжаева Д.А., Файзуллаева Н.Я.
Андижанский областной многопрофильный медицинский детский центр,
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Андижан, Узбекистан

Хронический воспалительный процесс в бронхолегочной системе может быть обусловлен наличием иммунодефицитного состояния. В иммунном статусе у этих детей нередко транзиторно формируется ответ по Th2-типа с гиперпродукцией ИЛ-4 и ИЛ-5, стимулирующих высокую продукцию В-лимфоцитами IgE на фоне снижения синтеза IgA, ИЛ-2 и γ -интерферона. Первоочередной задачей в реабилитации таких детей является направленность терапии на снижение интенсивности антигенного воздействия и повышение резистентности макроорганизма с целью повышения эффективности иммунных факторов защиты.

Целью исследования явилось изучение динамики содержания сывороточных про-и противовоспалительных цитокинов у детей с хроническим бронхитом в результате комплексной терапии с включением иммунокорригирующих препаратов.

Материалы и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 65 детей школьного возраста, находившихся в отделении пульмонологии Андижанского областного многопрофильного медицинского детского центра, которые составила 2 группы: 1-я - 30 детей, в традиционное лечение которых было подключен препарат Биофлазид; 2-я группа- 35 детей, комплексному лечению которых был подключен Биофлазид и Рибомунил. 20 практически здоровых детей того же возраста составили контрольную группу. Уровень цитокинов ИЛ-8, ИЛ-4, ИФН γ в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ООО «Цитокин», С.Пб., согласно прилагаемой инструкции).

Результаты исследования. При поступлении в стационар, основными жалобами больных в 100% случаях были кашель. Вялость наблюдалась у 40% обследованных детей, повышение температуры было у 52,7%, приступ удушья - у 58,2% обследованных. К гуморальным факторам иммунитета можно отнести и медиаторы неиммуноглобулиновой природы, опосредующие взаимодействие между клетками в ходе иммунного ответа - иммуноцитокнины.

Анализ исходных данных больных детей показал, что уровень ИЛ-8 был почти в 3 раза выше значений контрольной группы ($73,8 \pm 1,8$ пг/мл против $24,5 \pm 1,3$ пг/мл в контроле, $P < 0,001$). В то время как уровень интерферона- γ в 1,9 раза был ниже контрольных значений ($9,4 \pm 0,8$ пг/мл против $17,8 \pm 1,0$ пг/мл в контроле, $P < 0,01$). Уровень ИЛ-4 у больных детей был выше контрольных значений в 3 раза и составил в среднем $15,9 \pm 1,2$ пг/мл против $5,6 \pm 0,6$ пг/мл в контроле, $P < 0,001$). ИЛ-8 рассматривается как центральный медиатор неспецифической защиты организма, связанной с нейтрофилами. Этот хемокин играет важную роль при различных воспалительных заболеваниях органов дыхания. Следовательно, изменение содержания ИЛ-8, наряду с другими показателями, может являться важным прогностическим

фактором течения хронического процесса в бронхо-легочной системе. В наших исследованиях у больных детей зафиксировано достоверное повышение уровня ИЛ-4 ($P < 0,001$). Дисбаланс цитокинов является одной из причин хронизации воспалительного процесса. Участие в воспалительном процессе интерферонов (ИФН γ и ИФН α) определяется их биологическими эффектами. ИФН α активирует естественные киллеры, ингибирует репродукцию вирусов и пролиферацию клеток. ИФН γ активирует продукцию провоспалительных цитокинов.

Таким образом, у обследованных детей с хроническим бронхитом развивается вторичная иммунологическая недостаточность, что является основанием для применения препаратов, обладающих иммунокорригирующим действием.

Комплексная терапия с включением противовирусного и иммунокорригирующего препарата Биофлазид через 1 месяц привела к значительной коррекции уровней изученных цитокинов, причем более выраженная динамика наблюдалась относительно интерферона- γ ($P < 0,01$). Положительная динамика наблюдалась и относительно ИЛ-8 ($P < 0,05$) и ИЛ-4 ($P < 0,01$). Однако, значения изученных цитокинов были достоверно ниже контрольных данных.

Анализ полученных результатов через 3 месяца в группе детей, которым в комплексную терапию с Биофлазидом был подклучен Рибомунил, показал положительную динамику не только клинических параметров, но и изученных показателей иммунной системы.

Таким образом, применение в комплексной терапии противовирусного препарата Биофлазид и препарата Рибомунил, обладающего иммунокорригирующей активностью, индуцируют структурные изменения в состоянии иммунной системы и тем самым приводят к уменьшению частоты заболеваемости; снижению числа детей, относящихся к группе часто и длительно болеющих; снижению длительности и облегчению тяжести заболевания, практически отсутствие побочных эффектов. Возможность оказывать активирующее воздействие на различные типы иммунитета (врожденный и адаптивный иммунный ответ) позволяют считать данный комплекс эффективным на сегодняшний день с мультинаправленным механизмом действия.

ACUTE INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CHILDREN

Sultonova F. H.

Andijan state medical institute

Relevance: The frequency of diagnostic errors in such patients is 75-80%, and adequate specialized care, as a rule, is provided much later than the first signs of the disease, which significantly worsens the effectiveness of their treatment and prognosis. At present, we can name about 200 lung diseases with signs of interstitial, which make up about 20% of all lung diseases, with half of them of an unclear etiology. Therefore, it is no longer possible to attribute them to the group of rare ones.

In this regard, the urgent task in pediatrics is the diagnosis of interstitial lung diseases (IBL) in the early, yet reversible stages.

The purpose of the study: Improving the diagnosis of interstitial lung diseases in children using modern differential diagnostic criteria.

Materials and methods of research: The study included 142 patients who received inpatient examination and / or treatment in one of the pulmonological departments of AODB. The selection of patients in the main and control groups was carried out by the continuous method; the study was more retrospective in nature (more than 60% of patients were included in the study retrospectively).

Research findings: The main group consisted of 48 children with a diagnosis of one of the interstitial lung diseases (obliterating bronchiolitis, hypersensitive pneumonitis - EAA, idiopathic fibrosing alveolitis - ELISA). The remaining children with respiratory diseases such as pneumonia, recurrent bronchitis, chronic bronchitis, acute bronchiolitis, an atypical and / or protracted clinical picture of the disease and / or lack of effect of the therapy, as a result of which (with informed consent of the parents), computed tomography of organs was performed chest, made up the comparison group ($n = 94$).

The prevailing pathology in the structure of interstitial lung diseases in children is obliterating bronchiolitis (52.08%), hypersensitive pneumonitis (39.59%) and idiopathic fibrosing alveolitis (8.33%) are less common. The manifestation of obliterating bronchiolitis and hypersensitive pneumonitis is observed in children under the age of 1 year, idiopathic fibrosing alveolitis - at the age of 10-11 years.

The main manifestations characteristic of all forms of interstitial lung diseases in children are unproductive cough, progressive shortness of breath mainly without fever, bilateral auscultator changes in the lungs, restrictive disorders functions of external respiration, the absence of specific changes in general and biochemical blood tests. A feature of hypersensitive pneumonitis in children is sensitization to fungal allergens.

In interstitial lung diseases in children, there is a similar radiological picture, characterized on a traditional chest radiograph by cellular enhancement of the pulmonary pattern due to the co-distal-interstitial component, small focal seals and the formation of foci of local pneumofibrosis; on a computed tomogram - an interstitial type of lung tissue infiltration, foci of consolidation, areas of emphysema swelling, focal and common fibro-sclerotic changes in both lungs.

High resolution computed tomography of the chest organs allows us to determine the differential diagnostic criteria for obliterating bronchiolitis - a common picture of frosted glass, linear bronchial structures in the subpleural areas, U-shaped structures of bronchioles; hypersensitive pneumonitis - unevenly located, mainly in the central parts of the lungs, zones of "frosted glass"; idiopathic fibrosing alveolitis - common areas of "frosted glass", mainly in the basal and posterior-basal parts of the lungs, areas of phthisis pulmonary swelling with a tendency to form a picture of the cell lung.

The diagnosis of interstitial lung diseases in children can be established only with a comprehensive examination, including clinical, laboratory, instrumental and radiological methods, the analysis of the results of which makes it possible to timely identify one or another form of the disease.

Conclusions: The developed algorithm for diagnosing respiratory diseases in children, including a comprehensive assessment of clinical, laboratory and radiological indicators, allows to identify / suggest the nature of lung pathology in children as soon as possible - inflammatory diseases, a specific process in the lungs, interstitial damage to the lung tissue - and schedule an additional examination (high resolution computed tomography of the chest organs).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Хайдарова М.М., Мирсалихова Н.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Актуальность проблемы. Одной из ведущих причин осложненного и затяжного течения пневмонии считается изменение иммунологической реактивности организма. Изучение внебольничной пневмонии за последние десятилетия, как в нашей стране, так и за рубежом позволило существенно изменить представление о многих аспектах этой проблемы и оптимизировать диагностическую и лечебную тактику. В работах российских и иностранных исследователей показано, что особенности клинической картины внебольничной пневмонии у детей зависят от их возраста, иммунного статуса и свойств респираторных патогенов. В связи с недостаточной изученностью патогенетических особенностей течения внебольничной пневмонии у детей данная проблема становится актуальной и требует разностороннего изучения.

Цель исследования. Изучение показателей иммунной системы детей с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 65 детей с внебольничной пневмонией в возрасте от 1 года до 15 лет, получавших лечение в пульмонологическом отделении РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста.

В 100% случаев диагноз внебольничная пневмония был верифицирован путем рентгенографии органов грудной клетки. Иммунологические исследования: концентрацию цитокинов – IL-1 β , IL-4, IL-8 и IFN γ определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем Вектор-Бест (Новосибирск, Россия, Институт иммунологии АН РУз).

Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту с помощью персональных компьютеров и использования пакета прикладных программ.

Результаты исследования. При внебольничной пневмонии у детей раннего возраста наблюдается более выраженный дисбаланс в иммунном статусе. Анализ результатов показал, что при внебольничной пневмонии уровень IL-1 β повышается в 3,5 раз по сравнению с данными контрольной группы, что составило в среднем 101,7 $\pm$ 6,7 пг/мл ($P<0,01$). Обращает на себя внимание тот факт, что уровень IL-6 у детей с внебольничной пневмонией оказался в 2 раза выше, чем в контрольной группе ($P<0,05$). Уровень IL-4 у детей, больных с внебольничной пневмонией были выше контроля в 2,3 раза ($P<0,01$). При внебольничной пневмонии уровень IL-8 составил в среднем – 44,5 $\pm$ 4,3 пг/мл, что в 2,3 раза выше показателей контрольной группы ($P<0,01$). При анализе содержания TNF α у больных с внебольничной пневмонией нами отмечено его увеличение до 63,5 $\pm$ 3,2 пг/мл по сравнению с ($P<0,01$) контрольной группой и повысился в 1,5 раза (42,3 $\pm$ 2,1 пг/мл, $P<0,05$). У детей, больных внебольничной пневмонией уровень сывороточного IFN γ в среднем составило – 24,6 $\pm$ 1,4, что в 1,3 раза ниже, чем при контрольной группе (34,3 $\pm$ 2,7 пг/мл), $P<0,01$.

Полученные нами данные свидетельствуют, о повышении содержания в сыворотке крови больных детей с ВП про- и противовоспалительных цитокинов и изменения баланса иммунорегуляторных медиаторов в сторону цитокинов Th1-профиля.

Выводы. Таким образом, сбой цитокиновой сети при внебольничной пневмонии по всей вероятности, способствуют усугублению иммунодефицита и, по всей вероятности, развитию или утяжелению клинической симптоматики, что указывает на необходимость включения в лечение препаратов с иммунокорригирующим и противовирусным действием.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРОПОЗИТИВНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит — хроническое иммуноагрессивное заболевание, которое характеризуется развитием деструктивного артрита, внесуставными проявлениями, острой инвалидизацией пациентов. Полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит, позитивный по ревматоидному фактору (ревматоидный фактор + полиартрит) наиболее редкий и тяжелый вариант ювенильный идиопатический артрит. Ревматоидный фактор – это аутоантитела, которые взаимодействуют в качестве аутоантигенов с иммуноглобулинами класса G, изменившими свои свойства под влиянием некоторых агентов (например, бактерий). Иммуноглобулины G – это одна из разновидностей антител, которая наиболее широко представлена в плазме крови – до 75%. Несмотря на значительные достижения в вопросах диагностики и лечения ювенильного ревматоидного артрита, этиология и патогенез этого заболевания во многом остаются неясными. Накоплены данные, свидетельствующие о роли наследственности и факторов окружающей среды в развитии ювенильного ревматоидного артрита. Ювенильный ревматоидный артрит - это тяжелый прогрессирующий процесс, не всегда поддающийся противоревматической терапии. Однако, несмотря на тяжесть заболевания, коварность течения, есть шанс изменить прогноз этого инвалидизирующего хронического процесса с помощью ранней дифференциальной селективной патогенетической терапии.

Цель исследования. Оценить особенности течения серопозитивного ювенильного ревматоидного полиартрита по ревматоидному фактору у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с ревматоидным фактор + полиартритом, наблюдавшихся в ревматологическом отделении городской детской больницы города Ташкента и клиники ТашПМИ за 2018-19гг. Возрастная группа составила от 7 до 16 лет. Всем детям диагноз был выставлен оснований клинических, биохимических, иммунологических и инструментальных исследований соответственно по МКБ 10.

Результаты. Средняя длительность заболевания 7,84 $\pm$ 4,78; 7 лет. 40% детей заболели в возрасте от 9 до 13 лет, 32% — от 13 до 15, 15% — до 7 лет, 13% — в возрасте от 7 до 9 лет. Средний возраст заболевания ювенильного

идиопатического артрита составил $10,73 \pm 3,48$; 10 лет. В дебюте олигоартрит развился у 32%, полиартрит — у 68% пациентов. Среднее число суставов с активным артритом составило $6,2 \pm 3,55$; число суставов с ограничением функции — $3,45 \pm 4,13$. За весь период болезни среднее число суставов с активным артритом составило $7,49 \pm 3,38$, суставов с ограничением функции $5,89 \pm 4,2$. Лучезапястные суставы поражены у 72% пациентов, мелкие суставы кистей — у 64%, голеностопные — у 51%, коленные — у 49%, мелкие суставы стоп — у 26%, локтевые суставы — у 25%; тазобедренные и плечевые у 15 и 10% пациентов, соответственно, шейный и поясничный отделы позвоночника — у 10 и 2% пациентов, височно-нижнечелюстные и грудино-ключичные суставы — у 6 и 2% пациентов, соответственно. Длительность утренней скованности в течение заболевания и по мере его прогрессирования составили $68,9 \pm 106,5$ и $91,5 \pm 91,9$ мин, соответственно. Системные проявления включали: лихорадку — у 28%, васкулит — у 8%, синдром Фелти — у 2%, синдром Рейно — у 4%, кардит — у 6%, поражение легких (пневмонит и альвеолит) — у 4% пациентов, увеличение лимфатических узлов у 7,5% детей в течение и 26,5% по мере прогрессирования заболевания; ревматоидные узелки — у 6% больных. Уровень ревматоидного фактора составил $146 \pm 124,4$ МЕ/мл, антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду — $175,5 \pm 190,31$, скорость оседания эритроцитов $34,72 \pm 15,96$ мм/ч, С-реактивного белка $20,13 \pm 46,46$ мг/л, лейкоцитов $8,8 \pm 4,4 \times 10^9$ /л. Антинуклеарный фактор положительный у 22,6% пациентов. Анемия развилась у 9,4 % больных в течения и 28,3% по мере прогрессирования заболевания.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что ЮРА - это тяжелый прогрессирующий процесс, не всегда поддающийся противоревматической терапии. Однако, несмотря на тяжесть заболевания, коварность течения, есть шанс изменить прогноз этого инвалидизирующего хронического процесса с помощью ранней дифференциальной селективной патогенетической терапии.

Выводы. Для серопозитивного ювенильного ревматоидного полиартрита по + ревматоидному фактору, характерны наиболее частое развитие у девочек (98%), заболевания в возрасте от 9 до 15 лет, наиболее частые поражения лучезапястных, мелких суставов кистей, голеностопных и коленных суставов, нарастание числа суставов с функциональной недостаточностью по мере прогрессирования заболевания.

КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ АРАЛАШ ОВҚАТЛАНТИРИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ МУАММОЛАРИ

Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Чакалоқлик даврида кўкрак сути билан озиклантириш болажонларни тўлиқ шаклланишининг асосий манбаи хисобланади. Бу даврда табиий овқатлантиришининг давомийлиги ва самарадорлиги овқатлантириш қонуниятларини тўғри йўлга қўйилганлигига боғлиқдир. 2002 йилда Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти ва ЮНИСЕФ томонидан эмизикли ва эрта ёшдаги болаларни овқатлантириш бўйича глобал стратегиялар қабул килди. Оптимал тўғри усул бу кўкрак сути билан болани хоҳишига қараб эркин овқатлантиришдир. Тиббиёт ходимлари оналарнинг кўкрак сути билан эмизиб боқишларини таъминлаши учун доим ҳам имкониятга эга эмас. Оналар уйда тукиши мумкин ёки улар туғуруқхонани бир куннинг ичидаёқ тарк этишлари мумкин. Кўкрак сути билан эмизиб боқиш билан боғлиқ муаммолар илк хафталарда ва кейинчалик қўшимча овқат берила бошлаганда юзага келиши мумкин. Афсуски, охириги йилларда баъзи сабабларга кўра чакалоқларга устама овқатлар бериш ҳолатлари кўпайиб бормокда. Айниқса бу ҳолатлар талаба оналар орасида авж олган. Сир эмас, чакалоқларни асосиз устама овқатлар билан боқиш лактация жараёнининг бузулишига олиб келиши жуда кўп исботланган.

Тадқиқот мақсади: Кўкрак ёшидаги болаларга устама овқат бериш вақтларини, уни сабабларини, учраш ҳолатини ўрганиш. Шунингдек аралаш овқатлантиришдаги болаларни кузатиш ва олиб бориш тактикаларини ўрганишдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тошкент шаҳар поликлиникаларида 342 та 1 ёшгача бўлган боласи бор оналардан сўравнома ўтказилди. Болаларнинг 170 ўғил бола ва 172 таси қиз болани ташкил этди.

Тадқиқот натижалари. Саволнома натижаларига кўра 100% оналар болаларини кўкрак сути билан боқишни хоҳлаганлари аниқланди. 92% оналарда бола вақтида туғилган, 8 % ҳолатда ҳомиладорликнинг 34 ҳафта гестациясидан кейин туғилган.

68% оналарда туғуруқ жараёни физиологик тарзда, яъни оналарнинг ўзлари жаррохлик ёрдамисиз амалга ошган. 28% оналар эса кесерево кесиш йўли билан, 5% оналарда эса бошқа қўшимча усуллари ёрдамида туғдирилган (вакуум экстракция, қискичлар ёрдамида ва ҳ.к.)

Туғилгандаги тана вазни 37% чакалоқларда 3500 то 4000 г, 25% чакалоқларда 3000 то 3500 г, 28% чакалоқларда 2500 то 3000 г ташкил этган. Фақат 8% чакалоқларда 2500 г камроқ тана вазнига эга бўлган. 90% чакалоқлар биринчи кун ва биринчи соатларда кўкрак сути билан туғуруқхонада озикланган. 7% чакалоқлар биринчи сутка давомида эмизишга берилган. 3% чакалоқларда эса сабабли уч сутка орасида эмизишга қўйилган. Олиб борилган сўровлар ва таҳлиллар натижаларига кўра устама овқат берилган чакалоқлар туғуруқхонада ҳам аниқланган, бунда 3% ҳолатда аралаш овқатлинишда бўлган. Шунингдек 1 ёшгача бўлган болаларда уй шароитида аралаш овқатлантиришда: 1 ойгача кейин 15%, 2 ойдан кейин болаларда 23% ташкил этди.

Аралаш овқатлантиришга ўтишнинг асосий сабаблари гипогалактия, онасининг гапига кўра бола озиб кетаётганлиги, болани семиртириш мақсадида, онанинг ишга чиқиш кетиши сабабли, талаба оналар ўқишини давом эттириш мақсадида чакалоқларига 2 ва ундан кўп эмиш вақтини устама овқатлар билан алмаштиришганлиги аниқланди.

Барча поликлиникаларда тиббий ходимлар томонидан кўкрак сути билан овқатлантириш ва унинг афзалликлари тўғрисида, суҳбатлар ўтказилган. Лекин аралаш овқатланишга ўтказилган болалар оналари учун эса устама овқат бериш қоидалари, вақтлари, устама овқат таркиби ва уни бола организмига қараб танлаш тўғрисида суҳбатлар ўтказилганлиги бор йўғи 7% ҳолати аниқланди. Албатта бу жудаям кам кўрсаткич. Барча оналар аралашмаларни сўргичлар ва шишачалар ёрдамида беришган. Албатта бундай ҳолатда болалар тезда суъний овқатланишга ўтиб кетиш хавфи жуда юқори эди. Ишоти билан 35% болалар 6 ойгача бўлган даврда бутунлай суъний овқатланишга ўтиб кетган.

Шундай қилиб олиб борилган тадқиқотларимиз тиббиёт ходимларимизнинг аҳоли ўртасида тушунтириш ишларини суст олиб борилганлигини, оналарга факат табиий яъни кўкрак сути билан овқатлантиришнинг афзалликлари тўғрисида тез тез маърузалар олиб боришган. Аралаш овқатлантириш тўғрисида мақсадга мувофиқ тарзда сухбатлар деярли бўлмаганлигини, баъзи оналарда бу тўғрисида умуман тушунчалар бўлмаганлиги ва фарзандларини нотўғри усулда овқатлантириб жуда кўп ҳолатларда ошқозон ичак фаолиятининг бузулиши каби ҳолатлар, ҳаттоки 18% болаларда сурункали касалликларига олиб келишига сабаб бўлганлиги аниқланди. Бундан ташқари устама овқат бериш вақтини тезлаштириши ва давомийлиги лактация жараёнини сусайиб кетиши ва оқибатда бутунлай йўқолишига олиб келади.

Хулоса. Олиб борилган тадқиқотларимиз натижасига асосланиб, барча поликлиникалар, туғруқхоналар ва амбулатор шароитида тиббиёт ходимларининг аралаш овқатлантириш қоидалари, аралашмаларни танлаш ва бериш вақтлари тўғрисида, ва максимум лактация жараёнини асраб қолиш тактикалари тўғрисида эмизикли оналарга тушунтириш ишлари олиб борилиши зарурдир.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА УХОДА ЗА КОЖЕЙ ДЕТЕЙ КАК ОСНОВА БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

*Темирова О.Н., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Ботиров А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Атопический дерматит – это наиболее часто встречаемое заболевание у детей. В некоторых европейских странах распространенность данного заболевания практически достигает 30% среди болеющих детей и более 50% из всех аллергических заболеваний. А в структуре всех заболеваний кожи атопический дерматит занимает по частоте встречаемости восьмую позицию в мире. **Атопия или аллергия** – это все же два разных состояния. Аллергия у человека на всю жизнь и возникает она на один и тот же аллерген (или несколько аллергенов), даже в небольших дозах. Атопия возникает на более широкий «ассортимент» аллергенов, со временем, факторы, вызывающие атопию, могут измениться, также может меняться и реакция иммунитета в зависимости от дозы аллергена (при небольших дозах аллергена атопия может не развиваться вовсе). При атопии родители часто говорят: «У моего ребенка аллергия на все...».

Целью нашего исследования было обоснование целесообразности этапно- последовательного применения различных лекарственных форм «Протопик 0,03%» в зависимости от динамики клинической картины АД.

Объект исследования. Под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с АД (индекс SCORAD от 45,8 до 60,6) и 14 детей в возрасте от 3 до 10 лет с эритематозно-сквамозной формой АД (ин. SCORAD от 28,3 до 39,4).

Результаты исследования. В качестве примера нами был выбран отечественный препарат "Протопик", что является ингибитором кальциневрина. Препарат связывается с цитоплазматическим белком иммунофилином, который является цитозольным рецептором для кальциневрина. За счет этого создается целый комплекс, который включает такролимус, кальций, кальциневрин, иммунофилин и кальмодулин. Это вызывает угнетение фосфатазной активности кальциневрина, что препятствует дефосфорилированию и транслокации ядерного фактора активированных Т-клеток, который нужен с целью инициации транскрипции генов, кодирующих продукцию цитокинов, важных для Т-клеточного иммунного ответа. Пациентам на фоне традиционного лечения (антигистаминными, седативными средствами, ангиопротекторами, пробиотиками) наружно назначали: первой группе больных (n=28) «Протопик 0,03%» - эмульсия (в течение 3-6 дней); после прекращения мокнутия «Протопик 0,03%» - крем (5 -8 дней) и завершали терапию препаратом «Протопик 0,03%» - мазь, которую наносили через день штриховым методом. Второй группе (n=14) «Протопик 0,03%» - крем (6 -10 дней), затем «Протопик 0,03%» - жирная мазь, которую также наносили через день штриховым методом. В результате этапно-последовательного лечения в первой группе больных было выявлено снижение интенсивности зуда (на 7-10 день), прекращение мокнутия (4-5 дни), уменьшение выраженности эритемы (8-10 день), снижение числа папулезных элементов, их уплощение (12-14 дни) (индекс SCORAD уменьшился на 74%). Во второй группе уменьшение зуда отмечалось к 10-12 дню лечения, уменьшение интенсивности эритемы и уплощение папулезных элементов регистрировалось к 16-20 дню лечения, (индекс SCORAD уменьшился более чем на 52%). В итоге под влиянием этапно-последовательной терапии «Протопиком 0,03%» клиническая ремиссия в первой группе отмечена - у 82% (n=28) больных, значительное улучшение - у 11% (n=3), улучшение - у 7% (n=2); во второй группе клиническая ремиссия - у 57% (n=8) больных, значительное улучшение - у 14% (n=2), улучшение - у 29% (n=4); ухудшение состояния не наблюдалось ни в одной из групп.

Вывод. Последовательное применение разнообразных лекарственных форм «Протопика 0,03%» при различных формах АД позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз заболевания, обеспечивая высокую безопасность.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

*Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Юлдашев М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Часто встречающим осложнением после оперативных вмешательств по поводу низких форм аноректальной мальформации у детей является послеоперационная анальная инконтиненция. Предложенные способы оперативной коррекции не всегда позволяют восстановлению функции запирающего аппарата прямой кишки, что приводит к нарушению контроля акта дефекации у детей и значительно ограничивает их в социальной адаптации.

Цель исследования. Внедрение эффективных способов хирургической коррекции запирающего аппарата прямой кишки у детей после промежностных проктопластик.

Материал и методы. В клинике ТашПМИ за период с 2017 по 2019 гг. пролечено 54 больных в возрасте от 3 до 14 лет с послеоперационной анальной инконтиненцией, которым ранее были выполнены промежностные проктопластики по поводу низких форм аноректальных мальформаций.

Результаты и обсуждение. Единственным методом коррекции аноректальных пороков развития является выполнение реконструктивных оперативных вмешательств, направленных на восстановление целостности топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза, максимально приближенных к анатомической норме. Учитывая степень послеоперационной анальной инконтиненции всем 54 больным выполнены различные методы коррекции. В 16 наблюдениях произведена тазовая пластика объемобразующим агентом, при этом у 12 больных отмечен хороший клинический эффект, однако в 4 наблюдениях произведено её повторное введение.

В 7 случаях, учитывая повреждение внутреннего сфинктера прямой кишки, после наложения превентивной стомы, выполнено восстановление внутреннего сфинктера путем создания двухконтурной дубликатуры на низведенной кишке. В 5 наблюдениях выполнена повторная промежностная проктопластика с восстановлением анатомической целостности наружного анального сфинктера из-за неполноценности её передней порции.

Востояние слизистой низведенной кишки, выявленное в 17 случаях, что потребовало выполнения иссечения избыточных участков слизистой. В 9 наблюдениях из-за неэффективности бужирования у больных с рубцовым стенозом анального отверстия произведена повторная промежностная проктопластика.

Выводы. Таким образом, эффективные способы хирургической коррекции запирающего аппарата прямой кишки у детей позволяют устранению послеоперационной анальной инконтиненции.

БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ

*Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Атамуратов А.К.
Тошкент педитария тиббиёт институти*

Долзарблик. Гиршпрунг касаллиги йўғон ичак туғма нуксонлари ичида учрайдиган касалликларнинг оғир тури хисобланади. Оператив даво услублари кўп бўлишига қарамадан, операциядан кейинги давр натижаларида 30% ҳолатларда нажас тутолмаслик, анастомоз соҳа етишмовчилиги, унинг стенози, чандикли деформация каби асоратлар кузатиладика. Гиршпрунг касаллигини хирургик даволаш бўйича кўплаб саволлар музокарага сабаб бўлмоқда: хирургик тактикани танлаш, оператив даво муддати, янги мофикацияланган услублар ишлаб чиқиш ва мавжудларини мукамаллаштириш. Шу ва бошқа ечилмаган масалалар болаларда Гиршпрунг касаллигини ташхислаш ва даволаш баённомаларини ишлаб чиқишга, патологияни ўз вақтида коррекция қилишга, асоратлар фойзини камайтиришга, максимал яхши натижалар олишга қаратилган бўлиши керак.

Максад. Болаларда Гиршпрунг касаллигида асосланган даво услубини танлаш.

Материал ва услублар. ТошПТИ клиникасида 2015-2020 йилларда 2 ойдан 18 ёшгача бўлган Гиршпрунг касаллиги билан даволанган 199 беморларнинг натижалари таҳлил қилинди. Қиёсий ташхис олиб бориш учун Гиршпрунг касаллигида оператив даво услублари икки гуруҳга каминвазив ва анаънавий даво усулларига ажратган ҳолда таҳлил қилинди. Анаънавий даво услублари агонглионар соҳа узун бўлган ҳолатларда Соаве-Лёнюшкин 72 (36,2%) та беморда, Соаве-Болея бўйича 61 (30,7%) кузатувда ва О. Swenson услуги 8 та (4,0 %) беморларда амалга оширилган. Кам инвазив видеоассистенлик билан бажарилган аралашувлар асосан Гиршпрунг касаллигининг ректал ва ректосигмоидал шаклларида Swenson-like услуги бўйича 10 (5,0%) та беморда ва эндоректал проктопластика De la Torre - Mandragon услуги бўйича 48 (24,1%) та беморда амалга оширилган.

Натижалар таҳлили ва муҳокама. Оператив даволашларнинг яқин ва узоқ даврдаги ретроспектив таҳлили даволаш услубларининг нафақат бажарилишининг техник жиҳатдан фарқ қилиши, балки қўллашга кўрсатма танлашда аҳамият бериш лозимлигини кўрсатди. Масалан Соаве-Лёнюшкин услуги бўйича қорин оралиқ проктопластикасида 72 та (36,2%) беморда бажарилган, эътиборли жиҳати, сигмасимон ичакни кесиш ва сакланган мушак футлярида кон таъминланишни бузмаган ҳолда веноз оқимни сақлаб қолишдан иборат. Бу гуруҳдаги беморларда тўғри ичакни демукозация қилиш даврида нерв зарарланишлари олди олинишига қарамадан 8 та (4,0%) беморда нажас тутолмаслик, 7 тасида (3,52%) колоректал анастомоз соҳасида торайиш ва 3 тасида (1,5%) сероз-мушак футлярида абсцесс кузатилган.

Соаве-Лёнюшкин услуги бўйича қорин оралиқ проктопластикасида натижаларини таҳлили оқибатида шундай ҳулосага келдик, яъни анал инконтиненциянинг сабаби бу услубда анал каналда мушак футляри ҳисобига пайдо бўлган дубликатура натижасида анал каналда босим ошиши ва тўғри ичак ички ҳамда ташқи анал сфинктер мушакларининг ишлаш синергизмининг бузилиши ушбу ҳолатга олиб келади.

Операциядан кейинги даврда анастомоз соҳасида стеноз, пастга туширилган ичак фиксация соҳасида яллиғланиш оқибатида юзага келган. Операциядан кейинги даврда ортикач шиллик қаватнинг чиқиб қолишига, бирламчи операция пайтида анастомоз қўйишда пропорция бир хиллигига эътибор берилмаганлигидан далолатдир.

О. Swenson услуги бўйича бизнинг кузатувимизда 8 та (4,0%) беморда бажарилган. G. Nery ва ҳаммуаллифлар (2013) маълумотида кўра, О. Swenson классик услуги энг мақул услублардан бири деб ҳисоблайди ва агонглионар соҳа узун бўлган ҳолатларда кенг қўллашни тавсия этади [7]. Бу услубнинг мохияти, агонглионар соҳани тўлиқ олиб ташлаш, яъни ташқи анал сфинктернинг юқори чегарасигача бўлган соҳада қийшиқ анастомоз қўйишдан иборат.

О. Swenson услубини бажаришда тўлиқ техник қоидаларга риоя қилишга қарамадан натижалар таҳлилида 2 та (1,0%) беморда анастомоз соҳасида стеноз ва 1 (0,5%) тасида дизурик ўзгаришлар аниқланди.

Соаве-Болея услуги 61 (30,7%) та беморда амалга оширилиб, бу услубнинг афзаллиги бир босқичда колоректал анастомоз қўйилади, аммо бу операциядан кейин анастомоз етишмовчилик бўлиш эҳтимоли юқори. Ушбу услубнинг яқин ва узоқ давр натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, анаънавий услублар ичида яхши эканлигини 8 та (4,0 %) ҳолатда анастомоз соҳасида торайиш аниқланиб. Бу қониқарсиз натижа режали бужлаш орқали бартараф этилди.

Видео ассистенлик билан бажариладиган трансанал эндоректал Swenson-like услуги Гиршпрунг касаллигининг ректал ва ректосигмоидал шакллари бўлган 10 та (5,0%) беморга амалга оширилган. Биз бу услубни А.Д. Морозова ва ҳаммуаллифлар (2016) изланишларига асосланган ҳолда бажардик, операциянинг мохияти тўғри ичакни қорин орқали

ажратиб, анал тешик соҳасидан тишсимон чизикдан 1 см юқоридан циркуляр кесиш орқали ўзида агноглинар тўқимани сакловчи мушак футлярини олиб ташлашдан иборат [11]. Бу услубнинг ўзига хослиги муаллифлар фикрича, йўғон ичакнинг ректосигмоид кисми қон айланишни бузмаган ҳолда мумкин қадар ажратилади. Ушбу Swenson-like усубини қўллаш ўз самарадорлигини кўрсатди, яъни бу услубда стома қўйиб икки босқичда бажаришга ҳолат йўқ. Олинган натижалар 90% ҳолатда яхши ва қониқарли деб баҳоланди.

De la Torre - Mandragon эндоректал проктопластика услуги Гиршпрунг касалигининг ректал ва ректосигмоидал шаклларида 48 (24,1%) та беморда амалга оширилди. Ушбу услуб асосан 6 ёшгача бўлган болаларда амалга оширилди, чунки De la Torre - Mandragon эндоректал проктопластика услуги оралик соҳадан трансанал демуккозациа орқали амалга оширилади, техник жихатдан бажариш ёш болаларда қийинчилик уйғотмайди. Катта ёшдаги болаларда касаллиқнинг узок муддат давом этганлиги сабабли, йўғон ичак колит жараёни хисобига шиллик ва шиллик ости қаватларида ўзгаришлар бўлиши оқибатида демуккозациа жараёни техник қийинчиликлар билан кечади.

De la Torre - Mandragon услубининг ўзига хослиги, трансанал демуккозациа проксимал йўналишда олиб борилади ва ичак девори циркуляр кесилиб кенгайган соҳа, яъни агноглонар соҳадан юқори кисми олиб келиб тишсимон соҳага колоанал анастомоз қилинади.

Яқин ва узок давр натижалари таҳлил қилинганда, De la Torre - Mandragon эффектив даво услуги эканлиги аниқланди, лекин бу даво услубининг ҳам асортлари мавжуд, яъни 9 (4,5%) та ҳолатда операциядан кейинги даврда 6 ойдан 1 йилгача акт дефекацияда орқа чиқарув тешиги соҳасида оғрик кузатилиши, ҳамда 1 (0,5%) та 16 ёшли беморда анастомоз етишмовчилиги, кейнчалик перитонит юзага келди, ўтказилган даво чораларига қарамадан ўлим ҳолати кузатилди. Ушбу услубнинг бошқаларидан фарқи: юқори фоидали яхши натижа, лапаротомиясиз бажарилиши, кам инвазивлиги, косметик афзаллиги, беморларнинг эрта оёққа туриши.

Хулоса. Шундай қилиб, Гиршпрунг касаллиги даволашда кам инвазив даво услубларига кўпроқ ёндошиш лозим, чунки бу услубларда жароҳат кам, бемор эрта оёққа туради, натижадар фоииз жихатдан яхши кўрсаткичка эга. Анаънавий усуллар ичида қўллашда тавсия этиладиган операция бу Соаве-Болея услубидир, сабаби бирламчи колоректал анастомоз қўйиш қийинчилик уйғотмайди ва диспропорция ҳолати кузатилмайди. Бошқа анаънавий усуллар техник жихатдан қийинлиги, асорат юқорилиги ва баъзи ҳолатларда қайта реконструктив операция бажаришга ва узок муддат реабилитация қилишга сабаб бўлмоқда.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ

Теребаев Б.А., Оллабергенев О.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. При лечении органической (послеоперационной) анальной инконтиненции у детей используются множество объемообразующих агентов: полиакриламидный гель «Bulkamid», модифицированный коллаген с глютаровым альдегидом — «GAX- collagen», свиной коллаген «Permacol», силиконовый биоматериал «RTQ» и препарат «Durasphere» и полиакриламидный гель «ДАМ+» с целью повышения давления в анальном канале. А также, имеется множество различных методов традиционных коррекции послеоперационной анальной инконтиненции. Но многие вопросы касательно о выборе тактики лечения остается дискуссионным.

Цель. Улучшение результатов лечения послеоперационной анальной инконтиненции у детей.

Материал и методы. За 2017-2020 год в клинике ТашПМИ у 61 больных в возрасте от 3 до 18 лет с диагнозом послеоперационная анальная инконтиненция проведено операция для восстановления удерживающей функции запирающего аппарата прямой кишки. 23 больным произведена гелевая пластика анального канала с полиакриламидной гелем «Noltrex», у 7 детей провели восстановление передней порции наружного анального сфинктера с предварительным стомированием толстой кишки, 5 больных провели операцию промежностная проктопластика с восстановлением передней порции наружного анального сфинктера, у 17 больных иссечение выстояний слизистой прямой кишки. А также, у 9 случаях промежностная проктопластика с иссечением рубцового стеноза анального отверстия. Из анамнеза этим больным выполнена реконструктивно-пластические операции по поводу аноректальных мальформации и брюшно-промежностные проктопластики по поводу болезни Гиршпрунга.

Результаты и обсуждение. При гелевой пластики анального канала использовали объем образующего полиакриламидного геля «Noltrex», по циферблату от 1, 3, 9 и 12 часах введено объем образующий агент (полиакриламидного геля «Noltrex») до полного смыкания анального отверстие. Анализ проведенных исследований показал, что у 18 (78,3%) больных после однократного введения объемообразующего полиакриламидного геля «Noltrex» отмечалось полное смыкание анального отверстия и достигнута нормальная континенция. Давление в анальном канале у этих пациентов составило от 42 до 65% от возрастной нормы. Катамнестические данные через 12 месяцев после введения геля свидетельствовали о неизменности силы держания анального канала.

В 5 (21,7%) наблюдениях отмечено снижение базального давления анального канала до 55%, что потребовало проведения повторной гелевой пластики анального канала, в результате чего отмечен удовлетворительный результат с величиной среднего базального давления до 69%.

Учитывая небольшой опыт в применении объемообразующего полиакриламидного геля, хотелось отметить, что результаты лечения в наших наблюдениях отмечены как хорошие и удовлетворительные, ни в одном наблюдении нагноения и других осложнений не выявлено, при этом у 17 (73,9%) больных отмечено полное анальное держание, а у 6 (26,1%) частота анальной инконтиненции уменьшалась в 2 и 3 раза, при этом повысилось чувство позыва к акту дефекации.

У 7 детей отмечено рубцовое деформация анального канала, поражение наружного и части внутреннего сфинктера прямой кишки. Учитывая такое состояние у этой категории больных, мы считаем предварительное наложение превентивной стомы, для предотвращения инфицирование промежностной раны и благополучное первичного заживление. Создание внутреннего анального сфинктера из низведенной кишки выполнялось следующим образом: циркулярным разрезом вокруг заднего прохода, отступая от края его на 1,5-2,0 см, снизу вверх циркулярное выделение

мышечного слоя стенки кишки и анального канала. Нижний край выделенного мышечного слоя заворачивают вверх и фиксируют отдельными швами, создавая двойную мышечную муфту. Края кожной раны подшивают к нижнему краю мышечной муфты и сверху подшивают слизистый кишки. Данное хирургическое операция направлена на коррекцию недостаточности анального сфинктера, так как формируется гладкомышечный внутренний сфинктер. Подано заявка на изобретение на АИС РУз (регистрационный номер заявки № IAP 2019 0467 от 22.11.2019 г.)

Во всех случаях восстановлено анатомическая целостность запирающего аппарата прямой кишки. Из них у 3 восстановлено передняя порция наружного анального сфинктера, у 3 формировали гладкомышечный внутренний сфинктер и у одного восстановление передних леваторов прямой кишки.

В 5 случаях при диагностике анальной инконтиненции выяснилось у этих больных неполноценность передней порции наружного анального сфинктера. Учитывая такое состояние этим больным выполняли промежностную проктопластику с восстановлением анатомической целостности наружного анального сфинктера. У этой категории больных у всех после проведенной операции и реабилитационных мероприятий отмечено хороший результаты.

У 17 больных с выстоянием слизистой и без значительного повреждения сфинктерного аппарата было выполнено иссечение выстоявший части слизистой кишки. После операции всем эти больные на 7 дней получили УФО в область послеоперационной раны, для первичного заживления швов. Первичное заживление раны во многом зависит и от правильно выбранной нити. Мы своих операциях использовали 3/0, 4/0 рассасывающие нити фирмы «jopson-jopson». После проведенной комплексной реабилитационной лечение хороший результат отмечена у 12 (70,5%), удовлетворительные – у 5 (29,5%) больных.

У 9 больных с рубцовым стенозом анального отверстие, в основном отмечено у 6 больных после операции промежностной проктопластики и у 3 после брюшно-промежностной проктопластики. Этим больным первичное бужирование не помогло, связи с чем пришлось иссечение стенозирующего рубца и произвести промежностную проктопластику. Для предотвращения рестеноза, всем больным на 20 сутки после проктопластики сделали раннее бужирование зоны анастомоза. Далее в течение месяца массаж анального отверстие один раз в день. После чего получили физиотерапевтические мероприятия, направленные на улучшение нервной проводимости и сократительной способности мышц малого таза.

Заключение. При выборе тактики лечения послеоперационной анальной инконтиненции у детей, необходимо индивидуальный подход, с учетом причины приводящий к этому состоянию. Гелевая пластика анального канала у больных с послеоперационной анальной инконтиненцией является методом выбора и является альтернативой реконструктивно-пластическим вмешательствам. Однако необходимо отметить, что она целесообразна и эффективна в случаях отсутствия рубцового изменения анального канала. При операции создание внутреннего неосфинктера с двухконтурной мышечной муфты, целесообразно выполнить с предварительным стомированием толстой кишки. Конечный результат в большей степени определяется качеством и сроками реабилитационных мероприятий в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Реабилитационные мероприятия должны проводиться без перерыва до достижения вновь сформированной прямой кишкой нормальной функции.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ С ПОЗДНЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ

*Тешабоев У.М., Ефименко О.В., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Современные методы инструментальной диагностики настолько точны и доступны, что позволяют расширить информацию о врожденных септальных пороках сердца (ДМЖП) у детей до и после хирургической коррекции. По мнению большинства авторов, оперативные пособия на межжелудочковой перегородке могут иметь в послеоперационном периоде осложнения, в виде нарушения ритма сердца и проводимости, вследствие электрической нестабильности и продолжения формирования внутрижелудочковых путей и ножек пучка Гиса, особенно у детей с поздней коррекцией дефекта.

Цель: Изучить электрокардиографические показатели у детей с ДМЖП до и после хирургической коррекции.

Объем и методы. Исследование проводилось на базе Андижанского ОДММЦ в отделении кардиологии. Под наблюдением находились 40 детей (26 мальчиков и 14 девочек) в возрастном диапазоне 9-16 лет. Состояние сердечной гемодинамики оценивалось по данным ЭКГ (в 12 стандартных отведениях) и ЭхоКГ (в 2Д режиме) с использованием специализированных ультразвуковых диагностических систем.

Результаты. Все исследования проведены в течение года после радикальной коррекции. Характеристика дооперационного периода включала объективный осмотр, ЭКГ и ЭхоКГ. Симптомы хронической сердечной недостаточности II степени присутствовали у всех детей, причём значительно больший удельный вес составили дети с “В” стадией-57,5%. В клинической картине наблюдались тахикардия, тахипноэ, цианоз носогубного треугольника на фоне двигательной активности, гепатомегалия. Установлена прямая связь между степенью хронической сердечной недостаточности частотой респираторных заболеваний у данного контингента детей. При анализе ЭКГ до оперативного вмешательства у 42,5% детей диагностирована гипертрофия правого желудочка; у 40% - гипертрофия левого желудочка; 17,5% - гипертрофия обоих желудочков. Из нарушений ритма и проводимости сердца нами выделены: неполная блокада правой ножки пучка Гиса-60%; полная блокада правой ножки пучка Гиса-5%; АВ-блокада Iст -22,5% и АВ-блокада IIст -12,5%. На ЭхоКГ установлена дилатация преимущественно желудочков сердца.

Все дети с ДМЖП получили радикальную коррекцию, но в поздние сроки – после 9 лет. Общее самочувствие у 70% детей (n=28) относительно положительной динамикой. Тахикардия и тахипноэ при физиологической физической активности выявлены у 30% детей (n=12), что можно объяснить сохранением гемодинамических нарушений малого круга кровообращения. Имели место изменения на ЭКГ: у 3-х детей (7,5%) стойкая синусовая брадикардия была обусловлена АВ-блокадой Iст; у 50% детей сохранились признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса. По

результатам ЭхоКГ значительно уменьшились размеры левого (в 1,8 раз) и правого (в 1,3 раз) желудочков. Вдвое снизилась частота респираторных заболеваний.

Не менее серьезным осложнением позднего хирургического вмешательства выявлена деформация грудной клетки (грудины), для устранения которой потребуются дополнительные хирургическая коррекция.

Вывод. Таким образом, базовыми условиями полноценного здоровья детей с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки является своевременность хирургической коррекции.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ФИКСАЦИИ И УДЛИНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Распространенность хронических запоров у детей составляет от 10 до 25% среди гастроэнтерологических заболеваний, но рецидивы заболевания после консервативного и оперативного лечения наблюдаются в 10-30% случаев. Среди них особое место занимают хронические запоры, обусловленные аномалиями фиксации и удлинения толстой кишки, которые известны и изучаются десятки лет и, несмотря на это, проблема не только не потеряла актуальности, но становится все более острой. Часто встречающейся, но редко диагностируемой патологией толстого кишечника в детском и подростковом возрасте, является колоноптоз.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечебной тактики при аномалиях вращения и фиксации толстой кишки у детей.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на обследовании и лечении 417 детей, поступивших с подозрениями на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе с рвотным синдромом и хроническим колостазом. Из них 338 (81,0%) – с удлинением толстой кишки; 79 (19,0%) – с аномалиями ротации и фиксации толстой кишки. Возраст больных колебался от 3-х мес. до 18 лет. Среди больных преобладали мальчики – 252 (60,4%), девочки составили 165 (39,6%).

Результаты исследования. Основываясь на анализы результатов лечения 79 детей с аномалиями ротации и фиксации толстой кишки различных форм, локализации и причин непроходимости в соответствии с общепринятой классификацией нами определена частота отдельных нозологических форм, систематизированы их клинические проявления, особенности течения, обобщены результаты вспомогательных методов исследований и лечение. Анализ нашего клинического материала и данных литературы показывает, что при явлениях рецидивирующей кишечной непроходимости происходит отставание ребенка в физическом развитии, приступообразные боли в животе, хронические запоры при которых врачам следует проявлять повышенную настороженность по отношению к нарушениям ротации и фиксации кишечника.

Нарушения ротации и патологическая фиксация кишечника представлены многочисленными анатомическими формами: колоноптоз – у 21 (26,6%) больного; синдром Пайра – у 16 (20,3%) больных. Из-за общности клинических проявлений мы объединили эти нозологии в одну группу и получилось общее число больных 37. Патологическая фиксация толстой кишки – у 19 (24,0%) больных. Подвижная слепая кишка (coecum mobile) – у 21 (26,6) больного. Синистропозиция толстой кишки – у 2 (2,5%) больных.

Для изучения функционального состояния органов начального отдела пищеварительного тракта наряду с изучением анамнеза, жалоб и объективных симптомов применен комплекс лабораторных и функциональных методов исследования.

При аномалии вращения и фиксации толстой кишки характерны дефицит массы тела (15-40%) и отставание в физическом развитии. Это наблюдалось у 23 (29,1%) больных. Компенсированная стадия наблюдалась у 3 (8,1%), субкомпенсированная стадия – у 15 (40,5%), декомпенсированная – у 19 (51,4%).

Оперативное вмешательство проведено 24 больным. Операции фиксации брыжейки и частей толстой кишки в физиологическом положении – колонопексия без резекции проведены 3 больным, с резекцией и фиксацией – у 21 больного. В 9 случаях больным также произведена аппендэктомия. Показанием к резекции кишечника считаем образующуюся после фиксации и укладке толстого кишечника в нормальном положении чрезмерно провисающую петлю толстой кишки (более чем на 15-25 см в длину превышающую норму), создающую один или два острых перегиба или долихосигма. При тотальном колоноптозе (13 операций) фиксация толстой кишки с резекцией сигмовидной и части нисходящей ободочной кишки.

Оперативное лечение при болезни Пайра включало срединную лапаротомию, разделение спаек в области селезеночной и печеночной кривизны, выполнение резекции избыточного участка поперечной ободочной кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Оно проведено 13 больным, у 3 больных, у которых удлинение и опущение поперечной кишки было выражено нерезко, после укладки кишки поперечная часть приобрела нормальное анатомическое положение, не провисала, произведена фиксация средней части за круглую связку печени без резекции. Никаких дополнительных фиксирующих методик не применяли.

Мы наблюдали 2 больных с синистропозицией толстой кишки. В двух случаях больной оперирован в другом стационаре по поводу аппендицита, была обнаружена синистропозиция толстой кишки. Произведена только аппендэктомия. После операции у больного сохранялся болевой синдром. После поступления к нам больному была сделана ирригография. Во время ирриграфии толстая кишка находилась в левой половине живота. Больному произведено оперативное вмешательство, во время которого перемещение толстой кишки в нормальное анатомическое положение не вызвало никаких нарушений кровообращения и перистальтики. В этом случае брыжейка толстой и тонкой кишки были раздельные. Операция закончена колофиксацией.

Подвижная слепая кишка с деструктивным аппендицитом обнаружена у 16 больных из 21. У этих больных выявлены различные положения слепой кишки в брюшной полости: в левой подвздошной области – у 2, в эпигастральной области – у 3, в области пупка – у 5, в левом подреберье у 6. У всех больных с острым аппендицитом отмечалась стертость клинической картины, не было четко выраженных аппендикулярных симптомов.

Патологическую фиксацию толстой кишки наблюдали у 19 (24,0%) больных. 7 детям из-за временного отказа родителей от операции проводили консервативные мероприятия, направленные на купирование болевого синдрома и явлений ЧКН. У больных выявлена необычная фиксация различной комбинации: тонкой в тонкую (1), тонкой в толстую (2), множественные сложные сращения (3). Сюда отнесены также 6 случаев острого аппендицита при ПФ толстой кишки, выявленные в ходе аппендэктомии: припаяние слепой и части восходящей ободочной кишки в области правого подреберья к поперечной ободочной кишке (4); локализация фиксированной слепой кишки по средней линии живота ниже пупка (2). При аппендэктомии и по ходу ликвидации спаек правые отделы colon свободно переместились в правый фланг живота. У 4 больных патологическая фиксация толстой кишки различной локализации возникла при завершённой ротации кишечника, то есть все отделы толстой кишки имели обычное расположение. Необычная фиксация кишечника выявлена и у 3 пациентов с хронически-рецидивирующей кишечной непроходимостью (мембрана тонкой кишки - 1, мембрана толстой кишки - 1, стеноз сигмовидной кишки - 1).

Выводы. Рентгенологическое исследование при колоноптозе необходимо и служит не только для выявления патологии как таковой, но и для определения степени выраженности процесса, а, следовательно, может указать на выбор тактики лечения.

Выявление в раннем возрасте колоноптоза ещё не является показанием к оперативному вмешательству, но возможность развития суб- или декомпенсированной формы заболевания и осложнения диктует необходимость определить показание к консервативному или оперативному лечению.

При колоноптозе оперативные вмешательства – колонофиксация или колонофиксация с частичной резекцией толстой кишки зависят от вида нарушения фиксации и степени локального или тотального удлинения толстой кишки.

PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH PRETERM DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID

Tosheva I.I., Djunaidova A.X.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina

Relevance of the problem: Chorioamnionitis continues to contribute to fetal and maternal morbidity and mortality. Over the past 20 years, significant progress has been made in understanding the pathophysiological processes leading to chorioamnionitis. This article discusses the obstetric, gynecological and somatic history, risk factors, diagnosis and measures for the prevention and treatment of the development of chorioamnionitis in pregnant women with premature discharge of amniotic fluid. Prenatal discharge of amniotic fluid is one of the complications of pregnancy and childbirth, causing the initiation of labor in 8-92% of cases, regardless of gestational age. Prenatal flow of amniotic fluid is closely associated with infection and increases the risk of purulent septic complications in the mother, 10 times increasing the development of chorioamnionitis and sepsis.

Purpose: To study the causative factors of the development of chorioamnionitis and its prevention in pregnant women with premature discharge of amniotic fluid.

Materials and methods: The research material was the history of the birth of 106 pregnant women, in whom the birth was complicated by prenatal discharge of amniotic fluid from 37-40 weeks of gestation, delivered in the Bukhara regional perinatal center for the period 2017-2019yy. Anamnesis data, obstetric and gynecological status, clinical and laboratory indicators and smear bacterioscopy of all puerperas were studied. In most 27 (25%) pregnant women with prenatal flow of amniotic fluid, nonspecific colpitis, a history of bacterial vaginosis, and endometritis were observed. Collecting an anamnesis, the course of the present and previous pregnancies, childbirth and the postpartum period was carefully studied.

Results: The average age of pregnant women was 26.5 years. In all women, pregnancy proceeded against the background of a burdened obstetric and gynecological history. Among patients with prenatal flow of amniotic fluid, many had a low socioeconomic status, a history of viral infection 16 (15%), ischemic-cervical insufficiency 3 (2.8%), polyhydramnios 18 (17%), multiple pregnancy 21 (19.8%) and fetal macrosomia 5 (4.7%) were often observed. Surgery during pregnancy, especially on the abdominal organs or trauma was (2%). Factors contributing to the development of chorioamnionitis against the background of prenatal discharge of amniotic fluid remain not fully understood.

At the same time, multiparous females prevailed (63 women), which amounted to 59.4%. Almost one in three women who bore again (28.6%) had a history of artificial abortion. Reproductive losses such as non-developing pregnancy and spontaneous miscarriages were often found in both groups. Pregnancy ended in complicated delivery through the natural birth canal and by the method of abdominal delivery in 81 women, which amounted to 76.4%. In 25 women, pregnancy was prolonged to full term (23.6%).

Conclusion: 1. A study of obstetric history showed that the development of chorioamnionitis in women with prenatal flow of amniotic fluid is often observed in pregnant women with a burdened obstetric and gynecological history, the presence of abortions, missed pregnancies, and miscarriages.

2. Clinical and anamnestic risk factors for the development of chorioamnionitis in pregnant women complicated by prenatal flow of amniotic fluid are nonspecific colpitis, a history of bacterial vaginosis and endometritis.

ОИВ ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДАГИ БАКТЕРИАЛ ДИАРЕЯЛАР КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тўйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Гиясова Г.М., Муминова М.Т., Кузнецова В.В.

Тошкент тиббиёт академия

Муаммонинг долзарблиги: ОИВ зарарланган болалар ўлимида энг кўп учрайдиган сабабларидан бири оппортунистик инфекциялар ҳисобланади, уларнинг сабаби бўлиб ичакнинг ҳимоя механизмларини сусайтирувчи ўткир ичак инфекциялари қўзғатувчиларининг мавжудлиги хизмат қилиши мумкин. Шунинг учун ичак зарарланишининг

патогенетик хусусиятларини ўз вақтида аниқлаш ўтказиладиган даволаш чора тадбирлари самарадорлиги баҳолаш ва ОИВ зарарланган болалар даволашга индивидуал ёндашувларни ишлаб чиқиш имконини беради.

Тадқиқот мақсади: ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареялар клиник кечишининг хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот материалларини Республика ОИТСга қарши кураш маркази клиникасида стационар даволанаётган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 80 нафар бола ташкил этди. Тадқиқотда клиник, вирусологик, бактериологик, серологик (ПЗР) усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Ташхис клиник тавсияномаларни ва ЎзР ССВ буйруқлари ҳисобга олган ҳолда қўйилди, эпидемиологик маълумотлар, клиник симптомлар (интоксикация, дегидратация, қоринда оғриқ, қусиш ва диарея сони, нажасдаги патологик аралашмалар) баҳоланди. ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареялар асосан йилнинг майдан то октябргача бўлган ойларида кўп қайд этилди. ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареялар билан касалхонага ётқизилган беморлар ёш бўйича тақсимланганда: 1 ёшгача бўлган болалар – 6 нафар (7,5%) бола, 1-3 ёшдагилар – 12 нафар (15%), 3-7 ёшдагилар – 35 нафар (43,7%), 7-10 ёшдагилар – 16 нафар (20%), 10 ёшдан катта болалар 11 нафар (13,7%) болаларни ташкил этди. Бактериал диареялар ОИВ зарарланган болаларда кўп ҳолларда инвазив турда кечиш, энтероколит 40 (50%) ва гастроэнтероколит – 32 (40%) беморларда, уларнинг 17 (21,9%) – геморрагик колит (ГК) клиник кўринишлари билан намоён бўлди. Эрта ёшдаги болаларда энтероколит, 3-7 ёшдаги болалар – гастроэнтероколит белгилари устунлик қилди. Гастроэнтероколит 53 нафарида (67,5%) вирус-бактериал ассоциация билан кечган. Кам ҳолларда гастроэнтерит – 6 нафар (7,5%) беморда, энтерит – 2 (2,5%) ва кам ҳолларда гастрит – 1 нафар (1,3%) болаларда қайд этилган. ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареяларнинг этиология тузилмасида вирус-бактериал 13 нафарида 16,2% (кўпинча ротавирус) ва бактериал-бактериал 21 нафарда (26,2%) ассоциация кузатилган. Алоҳида *Salmonella* – 22,5% (18) беморларда, *Shigella* – 13,7% (11), *Campylobacter* – 5% (4), *Klebsiella pneumoniae* – 3,7% (3), *Proteus mirabilis* – 1,3% (1), *Clostridium difficile* – 1,3% (1), бошқа шартли патоген флора – 5% (4) аниқланган. Сальмонеллез 33,3% (6) беморларда эрта ёшдаги болалар гуруҳида қайд этилган бўлиб, асосан энтероколит шаклида – 50% (9), гастроэнтероколит шаклида – 33,3% (6) беморлар, қолган 16,7% (3) ротавирус инфекцияси билан аралаш шаклда кечган. Кампилобактериоз кўпинча 7-10 ёшдаги беморлар гуруҳида қайд этилган, уларнинг ярмида касаллик энтероколит (50%), гастроэнтероколит шаклида – 25% беморларда кузатилган. Гастроэнтерит фақат 25% беморларда 10 ёшдан катта болаларда учради. Шигеллез барча ёшдаги (11) болаларда бир хил фойзаларда учради, клиник кўриниши энтероколита/колит ва гастроэнтероколит кечди. Фарқ қиладиган хусусияти шундаки, у кўпчилик ҳолатлар оғир шаклда кечган. Клебсиеллез 3 нафар 3-7 ёшдаги болаларда қайд этилди, 2 нафарида гастроэнтерит, 1 нафарида гемоколит шаклида намоён бўлди. Протей ва клостридиоз 1,3%; 1,3% мос равишда эрта ёшдаги болалар орасида қайд этилди, гастроэнтероколит шаклда кечган. ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареялар кўпчилик ҳолатларда ўрта оғир – 86,3% ва фақат 13,7% ҳолатларда – оғир ҳолатлар касалхонага ётқизилган. Касалликнинг енгил шакли билан касалланганлар амбулатор шароитда даволанган.

Хулоса: ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареялар асосан вирус-бактериал (16,2%) ва бактериал-бактериал (26,2%) ассоциацияда учраган бўлиб, асосан гастроэнтероколит шаклида кечган. Асоратли кечишнинг ва геморрагик колитнинг ривожланиши касалхонага ётқизишқа кўрсатма ҳисобланади. Ўткир диареялар этиологик тузилмасида вирусларнинг мавжудлигига қарамадан ОИВ билан зарарланган болалардаги бактериал диареялар яққол яллиғланиш, асоратли кечиш ва геморрагик колит бўлган ҳолда диареяларнинг инвазив шакли кўп ҳолларда учраши билан ўзининг долзарблиги сақлаб турувди.

МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА УЧРАШ ДАРАЖАСИ

*Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Садуллаев С.Э.
Тошкент тиббиёт академияси*

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда ОИВ-инфекциясида меъда ичак тизими шикастланиши ОИВнинг бевосита таъсири ва оппортунистик инфекцияларнинг меъда ичак тизими ўсмалари мавжудлиги билан бирга дори воситаларининг (антибиотиклар, вирусга қарши, замбругга қарши) узок муддат қабул қилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Меъда ичак тизими шикастланиши ҳам тарқоқ, ҳамда маҳаллий, яъни стоматит, эзофагит, дуоденит, некрозланувчи энтерит, ярали ва псевдомембраноз колит, проктит, ҳамда орофарингеал кандидоз ва бошқа кўринишларда намоён бўлиши мумкин.

Тадқиқот мақсади: ОИВ билан зарарланган болаларда меъда ичак тизими шикастланишининг учраш даражасини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот материални 2018-2020 йиллар мобайнида Республика ОИТСга қарши кураш маркази клиникасида стационар даволанаётган 1-18 ёшдаги ОИВ-инфекциясининг III-IV клиник босқичидаги 70 нафар бола ташкил этди. Тадқиқот усулли бўлиб клиник, биокимёвий, вирусологик, бактериологик, серологик (ПЗР), инструментал усуллар ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари. ОИВ-инфекциясининг оғиз бўшлиғи касалликлари 57 нафар (81,4%) болаларда қайд этилди. Орал кандидоз 3 шаклдаги: псевдомембраноз кандидоз, эритематоз кандидоз, ангуляр хейлит клиник кўринишда намоён бўлди. Шунингдек қайталанувчи афтоз стоматит, сочили лейкоплакия, милкларнинг чизикли эритемаси, периодонтитлар ва сўлак безларининг шикастланиши ҳам аниқланди. 26,7% ҳолатларда бирламчи герпетик стоматит кузатилди. Сўлак безларининг зарарланиши 16,1% болаларда қайталанувчи паротит ёки субмаксиллит кўринишида намоён бўлган. Сўлак безлари пайпаслаганда оғриқсиз, сўлак ўзгармаган.

Кўнгил айнаши меъда ичак тизими шикастланиши белгиси бўлиб, *Helicobacter pylori* сабабли ривожланган гастрит 4,3%, 7,1% болаларда гастритда, мактаб ёшидаги ва ўсмирларда 27% ҳолатларда ўт йўллариининг шикастланиши холецистит, холецистохолангит, кўнгил айнаш, қайт қилиш, иштаҳанинг пасайиши 77,1% ҳолларда антиретровирусли препаратлар, 38,5% антибиотиклар, 17,1% ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг ноўзья таъсири туфайли юзага чиққан. Қоринда оғриқ деярли барча фокал яра (*Candida*), энтерит (атипик микобактерия), колит (шигеллез,

сальмонеллез, кампилобактериоз), холецистит (энтеробактер, Candida) билан оғриган беморларда кузатилган. 70% беморларда «ОИВ-энтеропатия» беморларда диарея, корин дам бўлиши, эпигастрал ва коликтик оғриқлар кузатилган, улар инфекцион ва ноинфекцион генезли диареялар, мальабсорбция синдроми, витаминлар ва микроэлементлар танқислиги, ичак нормал флораси ўсиши бузилиши, иккиламчи маҳаллий иммунотанқислик ҳолати ва антибиотикларни кўп қўлланилиши сабабли юзага келган. Гепатоспленомегалия деярли барча беморларда аниқланди, бу бевосита ОИВ таъсири, антиретровирусли дори воситаларининг таъсири, ҳамда 82,8% ҳолларда гепатотроп (ВГВ, ВГС, ЦМВИ ва бошқа) вирусларнинг мавжудлиги ёки вирусли гепатитлар ко-инфекцияси билан боғлиқ. Бу биокимёвий кўрсаткичлар – трансаминазалар миқдори, тимол синамеси ва билирубин фракцияларининг ортиши, ҳамда хос бўлган серологик маркерларнинг аниқланиши билан намоён бўлади.

Хулоса ОИВ билан зарарланган болаларда меъда ичак тизими шикастланишининг 80% ҳолларда оғиз бўшлиғи аъзоларидаги касалликлар, 70% беморлар ичак тизимидаги турли генезли зарарланиши, 82,8% ҳолларда гепатомегалия кўринишида намоён бўлади.

БОЛАЛАРДА РОТАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ БАҲОЛАШ

*Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Эралиев У.Э., Муминова М.Т., Хакимов Ж., Мамедярова Д.
Тошкент Тиббиёт Академияси*

Муаммонинг долзарблиги. Ўткир диареялар замонавий шароитларда ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ротавирусли инфекциясининг юқори контагиознинг ва ташқи муҳитга чидамлиги соғлиқни сақлаш муассасаларида катта муаммо туғдиради. Ўткир ротавирусли диареядан эса ҳар йили 2 млн.га яқин одам ҳалок бўлади. Ротавирус инфекцияси даволаш пробиотик ва синбиотиклардан кенг фойдаланилади, ҳамда РВ-гастроэнтеритни даволашда рух препарати қўлланилиши юқори самара бериши қайд этилган.

Тадқиқот мақсади: Болаларда ротавирусли инфекциянинг комплекс даволаш самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот Тошкент шаҳар 4-сонли болалар юқумли касалликлари клиник шифохонасида 2017-2020 йиллар давомида диарея синдроми билан мурожаат қилган ва РВГЭ (ротавирусли гастроэнтерит) ташҳиси қўйилган 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган 160 нафар бемор болалар орасида ўтказилди. Бемор болаларда комплекс тарзда клиник, серологик (ИФТ) ва бактериологик текширув усуллари олиб борилди.

Тадқиқот натижалари. Текширувдаги бемор болаларни мос равишда 3 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳни 60 нафар бемор ОРТ (орал регидратацион терапия ОРСА) монотерапияда, 2-гуруҳга 60 нафар бемор (ОРТ+“Bifolак-Цинкум”) ва 3-гуруҳни 40 нафар бемор ОРТ+ВКВ (вирусга қарши восита: болалар анаферони, эргоферон) қабул қилган беморлар ташқил қилди. Бизнинг текширувларимиздаги беморларда касаллик асосан 1-3 ёшдаги болалар орасида энг кўп (57%) кузатилатилганлиги аниқланди. Беморларда клиник белгиларнинг учраши даволашдан олдин ва гуруҳлар бўйича даволашдан кейин ўтказилди. Даволашдан кейин гуруҳларда интоксикация белгиларининг учраши кузатилганда 2-гуруҳдаги беморларда умумий ҳолсизлик белгилари 1-гуруҳга нисбатан 2,5 баробар, 3-гуруҳга нисбатан 3,75 баробар (4%; 10%; ва 15% ҳолларда мос равишда), иштаҳанинг пасайиши ёки йўқолиши (2,3; 4 баробар мос равишда), иситма (2,5; 3,5 баробар мос равишда), қусиш (2,2; 3 баробар мос равишда) камайиши кузатилди. Катарал белгилардан ринит даволашдан кейин 3-гуруҳдаги 23% беморларда кузатилган бўлса, 1-гуруҳдаги беморларга нисбатан 2,5 баробар камроқ аниқланган. Ринит 2-гуруҳдаги беморларда 5,8 баробар камайганлиги аниқланди. Конъюнктивит, фарингит, ринофарингит белгилари 2-гуруҳдаги беморларда 3-гуруҳга нисбатан деярли 3 баробар, 1-гуруҳга нисбатан 2-2,2 баробар камайиши кузатилди. Диарея синдроми бўйича даволашдан кейин 2-гуруҳдаги беморларда суткалик ич кетиши сони 1-2 мартагача камайганлиги 76% ҳолатда қайд этилди, бу кўрсаткич 1-гуруҳга нисбатан 1,4 баробар, 3-гуруҳга нисбатан 1,7 баробар камайиши аниқланди. РВГЭ ли беморларнинг ич келиши суткасига 5 мартадан кўп ва 3-5 марта (1,75; 2,75 баробар мос равишда) камайиши аниқланди. Даволашдан кейин 2-гуруҳдаги бемор болаларда 69% бўтқасимон ич кетиши, 12% беморларда ичнинг шаклланган ҳолда келиши аниқланган бўлса, ичнинг суюқ ва сувсимон келиши 2-гуруҳдаги беморларда 3-гуруҳга нисбатан 3-3,6 баробар, 1-гуруҳга нисбатан эса 2-2,6 баробар камайиши аниқланди.

Хулоса. Бизнинг кузатувимиздаги ОРТ+“Бифолак-Цинкум” қабул қилган беморларда ОРТ, ОРТ+ВКВ олган беморларга нисбатан интоксикация, катарал диарея синдромларининг кескин камайишига, клиник-лаборатор кўрсаткичларнинг меъёрлашишига эришилди. Болаларда ротавирусли инфекциянинг кечишида ОРТ билан бир вақтда “Бифолак-Цинкум” нинг қўлланилиши диарея синдроми давомийлиги тезда қисқаришига олиб келади.

ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Туксонова Д.И., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.
Бухарский медицинский институт*

Актуальность. В структуре опухолей репродуктивной системы у девочек преобладает поражение гонад, в большинстве случаев имеющее герминогенное происхождение. Злокачественные герминогенные опухоли яичников (ГОЯ) обладают агрессивными темпами роста, инвазии и десминимации, но рассматриваются как потенциально курабельные.

Цели и задачи. Представить клинический случай злокачественной ГОЯ у девочки-подростка.

Материалы и методы. Анализ истории болезни.

Результаты. Пациентка Ж., 16 лет с неотягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом, поступила в клинику с жалобами на острую возникшую боль в животе. Установлено, что в брюшной полости локализовано объемное образование, верхним полюсом достигающее уровня пупка, эхографически имеющее хаотичную кистозно-солидную структуру с турбулентным кровотоком. Интраоперационно выявлена опухоль, исходящая из левого яичника, размерами

25*16*14см с белесоватой полупрозрачной капсулой, имеющей разрыв протяженностью 4,0 см, солидно-кистозным строением на разрезе. Других изменений (в т.ч. матки, маточных труб и контрлатерального яичника) не выявлено. Выполнена аднексэктомия слева и резекция большого сальника. При патоморфологическом исследовании верифицирована герминативноклеточная опухоль более одного гистологического типа – незрелая тератома с фокусами опухоли желточного мешка. Проведено четыре курса полихимиотерапии (ПХТ) по протоколу ВЕР. Исходно повышенный уровень АФП (779,0МЕ/мл) нормализовался после проведения 3-го курса ПХТ (8,5МЕ/мл). Исходно повышенный уровень β -ХГЧ (58,0МЕ/л) нормализовался на 7-е сутки после операции (4,4МЕ/л). На фоне 4-го курса ПХТ отмечена гипергонадотропная аменорея (ФСГ 134,0мМЕ/мл; ЛГ 64,1мМЕ/мл) с восстановлением физиологической менструальной функции спустя 7 месяцев после окончания ПХТ на фоне нормализации уровня гонадотропных гормонов (ФСГ 5,6мМЕ/мл; ЛГ 4,6мМЕ/мл). В течение 10 месяцев после окончания ПХТ по данным лабораторно-инструментального мониторинга проявлений локального рецидива и диссеминации опухоли не выявлено.

Выводы. В большинстве случаев ГОЯ достигают значительных размеров без патогномоничных клинических проявлений. Благоприятный прогноз определяет ранняя диагностика, обеспечить которую возможно при проведении эхографии в декретированные периоды, и исследования уровня фетальных онкомаркеров у всех девочек с очаговыми образованиями яичников.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Тураева Н.О.

Самаркандский Государственный Медицинский институт

Цель исследования – определить роль витамина D в динамике иммунологических показателей при применении у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 пациентов в возрасте 5–14 лет с БА (8,61 $\pm$ 1,42). У всех детей была диагностирована персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести. I группа (I) - 20 пациентов, получавшие стандартную базисную терапию. II группа (II) - 22 пациентов, получавшие комплексное лечение в виде сочетания базисной терапии с витамином D (Аквдетрим), и группа контроля – 12 практически здоровых детей.

Результаты и обсуждение. После проведения комплексной терапии у больных II группы в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, достоверно уменьшались длительность кашля. Сроки пребывания в стационаре больных II группы сократились до 8,2 $\pm$ 0,2 койко-дней, а в I группе - 9,3 $\pm$ 0,3 дней ($t=3.05$; $df=30$; $p=0.005$). Анализ комплексного лечения на показатели иммунного статуса у обследуемых больных показал положительный эффект в исследуемых параметрах по сравнению с группой контроля. К концу курса терапии отмечалось достоверное повышение абсолютного значения CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ - лимфоцитов в 1,19 и 1,43 раза, чем в I группе ($P<0,01$).

Уровень абсолютного значения CD20⁺ и CD16⁺ лимфоцитов достоверно снизился в 1,3 раза по сравнению с данными I группы ($p<0,01$). У детей II группы после проведенного комплексного лечения фагоцитоз нейтрофилов увеличивался до 50,2 $\pm$ 1,7% по сравнению с показателями I группы ($P<0,01$). Уровень иммуноглобулинов G, A, M во II группе, более существенно приблизился к нормативным показателям и составил 815 $\pm$ 12,4 мг/%; 102 $\pm$ 0,8 мг/%; 101,6 $\pm$ 3,6 мг/% соответственно, в отличие от больных I группы (703,5 $\pm$ 14,8 мг/%; 89,2 $\pm$ 5,2 мг/%; 132 $\pm$ 3,1 мг/% соответственно ($P<0,01$)).

Выводы. Своевременное назначение витамина D в комплексе с базисной терапией способствует длительному контролю над астмой, улучшает качество жизни пациентов и позволяет снизить дозу базисных препаратов в соответствии с рекомендациями соблюдения ступенчатого подхода к терапии. Применение витамина D (Аквдетрим) в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей способствует улучшению течения заболевания. Под его влиянием в организме, происходит определенная коррекция иммунных процессов. Учитывая разносторонние механизмы действия витамина D, под его влиянием в организме, происходит определенная коррекция иммунных процессов, уменьшение воспалительного процесса. Витамин D оказывает оптимизирующее влияние на функционирование как неспецифических механизмов защиты, так и адаптивного иммунитета.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ

Турдибаева Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения наметилось множество неблагоприятных тенденций, а именно повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний, высокий удельный вес детей, рожденных с травмами и патологией центральной нервной системы. По мнению экспертов ВОЗ доля детской инвалидности составляет в мире 1-2% от детской популяции и, согласно прогнозам, численность данного контингента детей будет увеличиваться. Ежегодно в мире рождается около 60 000 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, из них более половины, как показывает практика, признаются в дальнейшем инвалидами.

Восстановительное лечение детей-инвалидов складывается из длительных и многообразных этапов медицинской, педагогической, социальной и психологической коррекции. Значительное ограничение жизнедеятельности ребенка-инвалида ведет к его социальной дезадаптации, является значительным психологическим прессингом, вызывая возникновение психосоматических болезней и ухудшая прогноз качества жизни в целом.

Цель исследования. Изучить наличие факторов риска возникновения сердечно-сосудистой патологии у детей инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, детским церебральным параличом и офтальмопатологией, а также влияние реабилитационных мероприятий на состояние сердечно-сосудистой системы

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование было выполнено на базе отделения медико-социальной реабилитации детей инвалидов Андиганской области. Нами было обследовано 347 детей в возрасте от 7 до 17 лет с инвалидностью по заболеваниям опорно-двигательного аппарата (ОДА), детским церебральным параличом (ДЦП) и офтальмопатологией.

Результаты исследования. Наиболее значимыми и реально устранимыми факторами риска формирования кардиоваскулярной патологии у детей инвалидов являются существующие в семье стереотипы питания. Для детей с офтальмопатологией кроме того характерно снижение физической активности вследствие существующих особенностей диспансеризации больных данной категории.

Дети инвалиды с офтальмопатологией имеют низкие показатели скорости активации желудочков сердца, что демонстрирует снижение резервных возможностей миокарда вследствие детренированности кардиоваскулярной системы. Доказана достоверная зависимость между количеством курсов физической реабилитации и показателем скорости активации желудочков сердца, отражающим функциональное состояние сердца.

Для детей инвалидов с офтальмопатологией характерен дисбаланс липидов крови за счет увеличения количества больных с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией. У детей инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата выявлены достоверно высокие цифры индекса атерогенности крови.

Изменения артериального давления выявлено у 41% обследованных детей инвалидов. Количество детей с артериальной гипертензией и высокими цифрами нормального артериального давления достоверно выше в младшей возрастной группе детей с детским церебральным параличом, а число детей с артериальной гипотензией достоверно выше в старшей возрастной категории независимо от инвалидизирующей патологии.

Вывод. Заключается в необходимости внесения изменений в реабилитационную программу детей инвалидов. Кроме курсов лечебной физкультуры, направленных на коррекцию основного заболевания для детей с патологией опорно-двигательного аппарата и детским церебральным параличом должны быть предложены физические упражнения для улучшения функционального состояния кардиоваскулярной системы.

Обнаруженное в ходе исследования снижение адаптивных способностей миокарда у детей с офтальмопатологией диктует необходимость разработки комплексной программы реабилитации.

Существует необходимость создания сети школ общественного здоровья для повышения информированности детей инвалидов и их родителей в отношении устранения основных модифицируемых факторов риска формирования сердечно-сосудистой патологии, так как в ходе исследования была доказана эффективность таких мероприятий.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Турдибаева Р.А.

Андиганский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания желчевыводящих путей относятся к числу наиболее серьезных проблем современной гастроэнтерологии. Высокая распространенность патологии желчевыводящих путей стала основанием для изучения патогенеза, клиники, лечения и диагностики билиарной патологии. На протяжении последних десятилетий представления о механизмах формирования этих заболеваний прошли большой путь. Доказана основная роль нарушений метаболизма липидов в возникновении холестериновых желчных камней. Сейчас внимание исследователей привлекает проблема нарушений взаимосвязи липидов крови и желчи в качестве одной из основных причин холелитиаза. Актуальным является изучение компонентов желчи и их соотношения при камнеобразовании в желчном пузыре и протоках.

Цель исследования. Изучить клинко-биохимическую характеристику заболеваний желчевыводящих путей у детей для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. На основании поименных списков населения проводился сплошной клинический осмотр. Всего было осмотрено 296 пациентов (145 мальчиков, 151 девочек), что составило охват 92,1%. Средний возраст детей составил 12,4 лет. Для решения отдельных задач было использовано разделение детей по двум возрастным группам: 7 — 11 лет и 12 - 17 лет. Гастроэнтерологический скрининг сопровождался заполнением стандартных анкет, что позволило изучить жалобы, анамнез, социальный статус, объективное состояние обследуемых.

Результаты исследования. Распространенность хронического бескаменного холецистита в обследованной популяции детей школьного возраста составила 3,8% (у мальчиков - 2,3%, у девочек - 5,2%), гипомоторной дискинезии - 51,4% (у мальчиков - 52,3, у девочек - 50,5%), синдрома правого подреберья - 30,4% (у мальчиков - 24,1%, у девочек - 36,4%).

Синдром правого подреберья диагностировался у больных с холециститом в 1,8 раза чаще, чем у пациентов с гипомоторной дискинезией, и в 2,5 раза чаще, чем у лиц с гипермоторной дискинезией. Факторами риска заболеваний желчевыводящих путей у детей в обследованном регионе являлись анамнестические сведения о наличии глистных инвазий, кишечных инфекций и частых острых респираторных заболеваниях. Только 5,9% детей знали до нашего исследования о наличии у них билиарной патологии.

У детей, больных холециститом и гипомоторной дискинезией желчного пузыря, в печечной и пузырной порциях дуоденальной желчи определялись более высокие показатели насыщения желчи холестерином в сравнении с пациентами с гипермоторной дискинезией желчного пузыря и здоровыми лицами. У детей в семьях родителей, больных холециститом и холелитиазом, регистрировались более высокие показатели насыщения желчи холестерином в сравнении с детьми из семей здоровых родителей.

Хронический холецистит и гипомоторная дискинезия желчного пузыря у детей в семьях родителей с наличием холецистита, холелитиаза, синдрома правого подреберья диагностировались с более высокой частотой в сравнении с детьми из семей здоровых родителей.

У детей, больных хроническим холециститом, повышена частота эрозий слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, показатели обсемененности инфекции *Helicobacter pylori* и Cag A штаммов *Helicobacter pylori*.

Вывод. Полученные данные позволяют планировать организацию медицинской помощи детям на основании фактической информации.

Высокая распространенность заболеваний желчевыводящих путей у детей обосновывает целесообразность активизации лечебно-профилактических мероприятий.

Дети из семей родителей с патологией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта нуждаются в гастроэнтерологическом обследовании для своевременной профилактики заболеваний и предотвращения развития патологии.

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ И ЧАСТЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА CFTR В УЗБЕКИСТАНЕ

Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Зуфарова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Актуальность проблемы. До недавнего времени МВ считался заболеванием, которое редко встречается в Узбекистане. Однако реальная распространенность МВ значительно выше среди детей раннего и дошкольного возраста. Интенсивные иммунологические исследования позволили выявить общие закономерности в патогенезе ряда заболеваний, которые прежде не связывали друг с другом. Как показывают результаты проведенных ранее исследований, развитию инфекционного воспаления способствуют нарушения неспецифической, в том числе местной, защиты, иммунные и иммунорегуляторные сдвиги. Существует мнение, что хронический воспалительный процесс при муковисцидозе поддерживается за счет дисбаланса про- и противо-воспалительных цитокинов. Изучение иммунной системы позволило выявить общие закономерности в патогенезе ряда заболеваний, однако при муковисцидозе такие исследования единичны.

Цель исследования. Изучение особенностей иммунного статуса детей, больных муковисцидозом и определить частоту встречаемости частых мутаций гена CFTR.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 80 больных муковисцидозом в возрасте от 3 мес. до 6 лет. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюдента.

Результаты исследования. Широкая программа иммунологических исследований показало, что уровень общего пула CD3⁺-клеток у детей с муковисцидозом по сравнению с данными детей контрольной группы достоверно снижен ($P < 0,01$). В то время как общий пул CD20⁺-лимфоцитов достоверно выше ($P < 0,01$). Изучение субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показало, что уровень CD4⁺-лимфоцитов уменьшается по сравнению с показателями контрольной группы ($P < 0,05$), более достоверно снижен уровень CD8⁺-клеток у детей с муковисцидозом ($P < 0,01$). Исследования цитокинового профиля показали, что у детей с муковисцидозом продукция ИЛ-1 β достоверно ($P < 0,01$) повышалась по сравнению со здоровыми детьми. Уровень сывороточного ИЛ-8 в 5 раз превышал показатели контрольной группы ($P < 0,001$).

Впервые нами были изучены 8 наиболее частых мутаций гена CFTR, ассоциированных с муковисцидозом, из которых были выявлены 4 достоверно значимых маркера: CFTR-F508del, CFTR-2143delT, R709X, Y569D. Анализ генетической ассоциации гена CFTR у детей с муковисцидозом наиболее частой и достоверной была мутация CFTR-F508del у 55 % детей. Другой рисковой мутацией была установлена CFTR-2143delT у 20% детей. Все дети с идентифицированными мутациями CFTR-F508del и CFTR-2143delT клинически характеризовались тяжелым течением муковисцидоза.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что у детей с муковисцидозом изменения иммунного статуса при обструктивных процессах бронхолегочной системы более глубокие, чем у детей без муковисцидоза. Информативными диагностическими аспектами больных муковисцидозом являются высокая частота мутации гена CFTR delF508 в генотипе больных, что, несомненно, предрасполагает к тяжелому течению заболевания с генетически обусловленной недостаточностью функции поджелудочной железы, выявлена достоверная роль наиболее часто встречающиеся в Узбекистане 4 мутации гена CFTR-F508del, CFTR-2143delT, R709X, Y569D и положительные результаты потовой пробы, позволяющие своевременно проводить коррекцию терапии.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Умаркулов М.А., Ганиева М.Ш.

Актуальность. Установлено, что тяжелые формы острой пневмонии у детей первых трех месяцев жизни сопровождаются выраженными нарушениями иммунного статуса и сочетающимися с дисбиотическими сдвигами микрофлоры кишечника.

Цель исследования. Изучить характер нарушений биоценоза кишечника у детей раннего возраста, больных тяжелыми формами острой пневмонии.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования 90 детей, больных тяжелыми формами острой пневмонии. 29 (32.3%) детей составили новорожденные. 23 (26.5%) ребенка - второго месяца жизни. 38 (42.3%) - дети третьего месяца жизни. Контрольная группа состояла из 30 детей аналогичного возраста, не болевших инфекционно-воспалительными заболеваниями. При формулировке диагноза нами использовались классификация

пневмоний новорожденных согласно МКБ Х. Клиническое обследование больных проводилось с помощью общепринятых физикальных методов исследования. Параклиническое обследование включало общий анализ крови, мочи, копрограмму, а также бактериологические, биохимические (по общепринятым методикам). Состояние микрофлоры кишечника определялось качественными и количественными методами (Р. В. Эпштейн-Литвак. Ф.П.Вильшанская, 1977; В. Г. Дорофейчук, А.П.Паничев. 1980).

Результаты исследований. Среди больных детей мальчиков было 61 (67,83%) и девочек 29 (32,2%). Неблагоприятное течение антенатального периода отмечалось у 60 (66,7%) детей, нефизиологичное течение родов имело место у 26 (28,8%) больных, осложнения в раннем неонатальном периоде наблюдались у 33 (36,6%) пациентов: Доношенными родились 75 (83,3%), недоношенными - 15 (16,7%) детей. Все дети получали вскармливание адаптированными молочными смесями. С очаговой формой пневмонии наблюдалось 57 (63,355) пациентов и с сегментарной - 33 (36,7%). Острое течение пневмонии зарегистрировано у 85 (94,4%) детей, затяжное - у 5 (5,6%) пациентов. Больные дети поступали в стационар в острый период заболевания, причем основная часть - 54 (60,56) пациента, поступили в течение первых 6 суток с момента начала болезни.

Проявления гастроинтестинального синдрома отмечалось у 41 (45,556) ребёнка. Отрицательный результат бактериологического исследования кала на выявление патогенной флоры в начале болезни подтверждал токсический генез гастроинтестинального синдрома. Пациенты разделены на 3 группы – с компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным дисбиозом на основе анализов микробиологических исследований кала. Все дети, больные пневмонией, получали общепринятое лечение, направленное на коррекцию дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, нормализацию периферического кровотока и т.д. Наиболее тяжелое течение основного процесса, оцениваемое по длительности и степени дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, отмечалось у детей с декомпенсированной степенью дисбиоза кишечника. Это позволяет предположить, что кишечный дисбактериоз утяжеляет течение основного заболевания, а в некоторых случаях, по-видимому, может становиться одним из ведущих симптомов в клинической картине данного заболевания.

Выводы. Вышеуказанные факты свидетельствуют о необходимости ранней диагностики нарушений кишечного биоценоза у детей раннего возраста с тяжелыми формами острой пневмонии и его своевременной коррекции.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Умарова Мукаддас Абдукадировна
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить методы исследования вегетативной нервной системы.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 90 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2017 по 2019 год.

Результаты исследования. Анализировались окраска кожных покровов, фиксировали наличие вазомоторных нарушений по типу общей или локальной бледности, цианоз. Регистрировали наличие трофических изменений кожи и ее придатков по типу сухости, гипергидроза, исследовали местный дермографизм. Изучались признаки лабильности со стороны CCC. Во время обследования обращали внимание на наличие признаков нарушений со стороны ЖКТ, аллергические реакции. Учитывался темперамент больных детей, психическая и физическая активность, состояние сна.

Если исследовались все симптомы, указанные в приложении 2, то достаточно оценить, какая сумма баллов (симпатических или парасимпатических) преобладает (с вероятностью 100%).

Однако не все симптомы, указанные в приложении 2, могут быть выявлены, т. е. существует некоторая неопределенность в оценке. Чтобы выразить эту неопределенность, применяют следующие формулы:

Если $N_n : 233 < 0,5$ и $N_c : 233 < 0,5$

или если $N_c : \text{Сумма баллов изучаемой системы} < 0,5$ то

$P_c = [0,5 - (N_n : 233)] : [1,0 - \{(N_c \pm N_n) : 233\}] = x \cdot 100\%$ $P_n = 100\% - P_c$

$P_n = [0,5 - (N_n : 233)] : [1,0 - \{(N_c \pm N_n) : 233\}] = x \cdot 100\%$ $P_c = 100\% - P_n$

где N_n — число баллов, свидетельствующее о наличии парасимпатических симптомов; N_c — число баллов, свидетельствующее о наличии симпатических симптомов; 233 — сумма баллов симптомов или сумма баллов исследуемых показателей одной из функциональных систем; P_c — вероятность преобладания симпатических проявлений; P_n — вероятность преобладания парасимпатических проявлений.

Вывод. Для выявления наличия синдрома вегетативной дисфункции у наблюдаемых детей нами заполняется таблица (приложении 3). Данная таблица позволяет выявить наличие СВД не только у больных, но и у лиц, не предъявляющих активных жалоб. Последнее может служить фактором риска, что следует учитывать при профилактических осмотрах.

АНДИЖОН ШАХРИДАГИ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА “КАРИЕС” КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ.

*Умарова О.Н
АДТИ Факультет стоматология ва стоматологик касалликлар пропедевтикаси кафедраси*

Мавзунинг долзарблиги: Тиш кариеси (Caries dentis) тиш ёриб чиккандан сўнг содир бўлувчи кўп факторли, тиш каттик тўқималарининг жадал деминерализацияси билан кечувчи ва охир оқибатда тишда бўшлик кўринишидаги нуксон хосил бўлиши билан характерланувчи патологик жараён хисобланади. Ҳозирги вақтда инсоният орасида “ Тишлар

кариеси” энг кенг таркалган касаллик ҳисобланади. Иктисодиёти юқори ривожланиш босқичида бўлган мамлакатларнинг аҳолиси орасида касалланиш кўрсаткичи 95-98%гача етганлиги тўғрисида кўп сонли маълумотлар мавжуд. Бундан келиб чиқадики, кариес билан касалланиш бутун дунё бўйлаб ўсиб бормоқда. Хатто 6-7 ёшда 80-90% болаларда кариоз тишлар мавжуд. Маълумки тишларнинг кариес билан зарарланиши бир канча омилларга боғлиқ, яъни тиббий-географик омиллар ва яшаш тарзи, кўш радиацияси ҳамда сув ва атроф муҳитдаги фтор миқдори, организм ҳолати, овқатланиш характери ва оғиз бўшлиғининг парваришlash даражаси. Юқорида айтиб ўтилганлар кариес ривожланишига туртки бўлса, унинг юзага келишида оғиз бўшлиғидаги микроорганизмлар, улар орасида стрептококкларлар етакчи ўринда туради, асосий этиологик фактор ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: аҳоли орасида, асосан мактаб ёшидаги болаларда “Кариес” касаллигининг кенг тарқалишини ва келиб чиқиш сабабларини ўрганиш. Аҳоли орасида “Кариес” касаллигининг олдини олиш.

Тадқиқот ўтказиш жойи: АДТИ факультет стоматология ва стоматологик касалликлар пропедевтикаси кафедраси ўқув базаси ҳисобланган Андижон вилоят болалар стоматологик поликлиникаси.

Тадқиқот ўтказиш қондаси: Андижон вилоят болалар стоматологик поли клиникасига мурожаат қилган мактаб ёшидаги 80 нафар бола текширилди ва “Кариес” касаллигининг ҳар хил босқичлари 8 (10%) болада чуқур кариес, 16 (20%) болада ўрта кариес, 25 (31,25%) болада юза кариес, 12 (15%) болада доғ босқичидаги кариес борлиги аниқланди. 8 (10%) боланинг оғиз бўшлиғи соғлом деб баҳоланди. 11 (13,75%) нафар болада перфоратив (асоратланган кариес) аниқланди. Бундан ташқари 3 (3,75%) болада афтоз стоматит, 8 (10%) болада сурункали катарал гингивит, 4 (5%) нафар болада ювенил гингивит кузатилган. 5 (6,25%) нафар болада тиш каторида тишларнинг ўта зич жойлашиши аниқланди. Болалар ва ота-оналардан сўровнома ўтказилганда-ЎРВИ (ўткир респиратор вирусли инфекция)га чалиниш кўплиги, оғиз-ҳалқум соҳасида сурункали инфекция ўчоқлари мавжудлиги, тиш ювиш давомийлиги ва мунтазамлигига риоя қилмаслик ҳамда тиш тозалаш қоидаларини билмасликлари (эрталаб юзини ювиш вақтида тиш ювиши, тиш тозалашда горизонтал ҳаракатларнинг устунлиги), ширинликка ружу қуйиш, стоматолог кўригидан ўз вақтида ўтмаслик маълум бўлди. Шу билан биргаликда ўсаётган организм учун истеъмол қиладиган овқат рақсониди оксиллар, витаминлар ва микроэлементлар, айниқса, фтор, кальций ва фосфор етишмовчилиги ҳам асосий фактор ҳисобланади.

Хулоса: шундай қилиб, аҳоли орасида болалар ёшида стоматологик касалликлар ичида “Кариес” касаллиги ҳозирги вақтда жуда кўп учрамоқда. Бунга асосий сабаб тишлар учун муҳим бўлган озик-овқатларда витаминлар етишмовчилиги, оксиллар балансининг бузилиши, сувда фтор ва бошқа элементлар камлиги, оғиз бўшлиғида кариесоген муҳитнинг мавжудлиги, ретенцион нукталарда углеводли овқат қолдиқларининг узок вақт қолиб кетиши ва оғиз гигиенасининг қоникарсиз ҳолати юқори даражани эгаллаган.

Тавсиялар: аҳоли орасида тарғибот-ташвиқот ишларини йўлга қўйиш, асосан мактабгача муассасалар ва мактаб ёшидаги болаларни тез-тез стоматолог кўригидан ўтказиш. Болалар онгига соғлом турмуш тарзи ва соғлом овқатланиш қўникмаларини, “Углевод истеъмоли маданияти” тушунчаларини ҳамда оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси қўникмаларини сингдириб бориш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАРБЕТОЦИНА

Уринбаева Н.А., Махкамова Ш.Х., Бабаджанова Г.С.

Республиканский перинатальный центр,
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Акушерские кровотечения являются одним из тяжелых осложнений родов, приводящих к тяжелым последствиям для здоровья и жизни беременных женщин. Частота их при вагинальных родах составляет от 12 до 17%. Причины акушерских кровотечений разнообразны, и степень их тяжести зависит от того, как проводилось гемостатическое лечение. Для прогнозирования развития акушерских кровотечений имеет значение УЗИ характеристики плаценты и качество маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК). Эффективность лечения акушерского кровотечения зависит от длительности временного промежутка с момента начала кровотечения до начала интенсивной терапии и применения набора эффективных препаратов.

Цель исследования: определить эффективность карбетоцина (пабала) для лечения акушерских кровотечений и определить роль нарушения МППК в их развитии.

Материал и методы. Исследования проведены в Республиканском перинатальном центре г.Ташкента по данным историй родов. Нами ретроспективно изучены данные доплерометрических исследований, проведенных в III-триместре 50 беременных, у которых впоследствии развились акушерские кровотечения в родах.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст обследованных пациенток составил 29,6±5,2. Кровотечения при предыдущих беременностях имели место у 34,3% женщин. УЗИ фетоплацентарного комплекса обследованных беременных, проведенное в сроках 37-40 недель, выявило изменения МППК различной степени. Нарушения только маточно-плацентарного кровотока (МПК) выявлено у 22,0%, нарушения плодово-плацентарного кровотока (ППК) – у 42,0% женщин. У всех этих пациенток выявлена I-степень нарушения кровотока. Сочетанное нарушение МПК и ППК II-степени выявлено у 20,0% пациенток. У 16% женщин не было обнаружено нарушений МППК.

Причинами акушерских кровотечений были преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 2%, гипо- и атонические кровотечения – 80%, предлежание плаценты – 2%, травмы родовых путей – 16%. Роды через естественные родовые пути у 60% женщин, оперативные роды путем кесарева сечения – у 40%. Для хирургического гемостаза были проведены: перевязка трех пар сосудов – 46%, перевязка внутренних подвздошных артерий – 4%.

Нами изучена эффективность применения утеротоника карбетоцина (пабала) (1 группа – 25 беременных) по сравнению с баллонной тампонадой (2 группа – 25 беременных). Карбетонин применяли в дозе 1мл внутривенно медленно. Средняя кровопотеря в I группе составила 904,5±72,7мл. Баллонная тампонада применялась у 25 женщин сразу с началом интенсивного кровотечения. Средняя кровопотеря в этой группе составила 1075,4±71,9мл. Временной промежуток от начала кровотечения до его остановки в 1 группе с карбетоцином составил в среднем 11,0±4,6 минут, во 2 группе при применении баллонной тампонады время остановки кровотечения колебалось от 15 до 20 минут и составило

в среднем $18,2 \pm 5,3$ минуты. В результате применения современных методов остановки кровотечения снизился объем кровопотери. В обеих группах не произведена гистерэктомия для остановки кровотечения.

Выводы. 1. Нарушения кровотока в плаценте позволяют прогнозировать кровотечение в родах, провести их профилактику.

2. Своевременное применение карбетоцина и/или баллонной тампонады позволяет быстро остановить акушерское кровотечение, сократить объем кровопотери и сохранить репродуктивный орган.

ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Усмонова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения (АМК) являются основным симптомом многих гинекологических заболеваний. В то же время причины возникновения АМК бывают различны, в зависимости от возраста и сопутствующей генитальной патологии.

Цель исследования. Изучить основные причины АМК у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 73 женщин с Перинатального центра в условиях гинекологических отделений АОПЦ.

Результаты исследования. Возраст больных варьировал от 18 до 45 лет: до 20 лет АМК имело место в 1 случае (1,4%), 21-25 – в 4 (5,5%), 26-30 – в 8 (10,9%), 31-35 – в 16 (21,9%), 36-45 – в 44 (60,3%). По результатам УЗИ патология эндометрия обнаружена у 65 женщин, миома матки (ММ) – у 16, аденомиоз – 13.

Проведение гистероскопии (ГС) позволило диагностировать гиперпластический процесс эндометрия только у 62 женщин, из них: полипы выявлены в 45 наблюдениях (61,6%), гиперплазия эндометрия (ГЭ) – в 17 (23,3%). Сочетание ГЭ с ММ установлено в 5 случаях (6,8%), с аденомиозом – в 2 (2,7%). При ГС субмукозная ММ была установлена у 4 женщин (5,5%), в сочетании с аденомиозом – у 3 (4,1%). У 4 больных (5,5%) визуализировались только признаки аденомиоза. Комбинация гиперпластического процесса эндометрия, ММ и аденомиоза наблюдалась у 4 пациенток (5,5%). По данным морфологического исследования ГЭ подтверждена у 62 женщин. Железистая ГЭ прослежена у 9, железисто-кистозная – у 6, атипическая гиперплазия – у 2, железисто-фиброзные полипы – у 32, железистые полипы – у 9, фиброзные полипы – у 4.

Выводы. Наиболее часто (свыше 60%) АМК встречаются у женщин позднего репродуктивного возраста (от 36 до 45 лет). По нашим данным основной причиной возникновения АМК являются гиперпластические процессы эндометрия. Использование гистерорезектоскопии позволяет не только своевременно поставить точный диагноз, но и провести адекватное хирургическое лечение.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Усмонова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Миома - самая частая доброкачественная опухоль у женщин. Каждое четвертое бесплодие связано с миомой матки. Оперативное вмешательство по поводу миомы проводится более чем у 50% больных. Миома матки может быть причиной самопроизвольных абортов, преждевременных родов, обильных послеродовых маточных кровотечений.

Цель исследования. Изучить частоту возникновения различных форм миомы матки и оценить прогностическую значимость для оценки восстановления репродуктивной системы. Задачи исследования: Анализ историй болезни пациенток с миомой матки в разные периоды репродуктивного возраста. Выявление наиболее частых форм миомы матки, среднего возраста больных миомой матки.

Материалы и методы: Были проанализированы 51 истории болезни женщин с различными формами миомы матки, получавших хирургическое лечение в АОПЦ №1 с 2017 по 2019 г. Больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 16 пациенток в возрасте 23-35 лет, 2 группу составили 35 женщин в возрасте 36-45 лет.

Результаты исследования. Основными причинами обращения к гинекологу у этих женщин явились отсутствие наступления желанной беременности, наличие клинических проявлений миомы.

При анализе были выявлены следующие формы миомы матки: в первой группе множественная миома матки диагностирована у 37,5% пациенток, интрамуральная – у 25%, интерстициально-субсерозная – у 25%, субсерозная – у 12,5%. Во второй группе интерстициально-субсерозная локализация миоматозных узлов установлена у 51,5% женщин, множественная миома – у 25,7%, субсерозная – у 14,2%, интрамуральная – у 8,6%.

Выводы. Доминирующей формой миомы матки у пациенток в возрасте 23-35 лет является множественная миома с различной локализацией узлов. Наиболее частой локализацией миомы матки у пациенток в возрасте от 36 до 45 лет является интерстициально-субсерозная. Мы считаем оправданным активное ведение пациенток с применением оперативного лечения у женщин с множественной миомой, большими размерами узлов, быстрым ростом опухоли.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУЗЕ

Усмонова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время ведется активный поиск рациональных путей профилактики климактерических нарушений. Именно поэтому приоритетным направлением становятся исследования, раскрывающие закономерности возрастной динамики физиологических процессов на всех стадиях онтогенеза женского организма. К таким методам относится анализ variability сердечного ритма (BCP), который в настоящее время является маркером вегетативной регуляции, позволяющим судить о состоянии симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы (ВНС). Особенно актуальным этот вопрос становится у женщин в менопаузальном переходе и менопаузе, когда оценка текущего функционального состояния и резервов адаптации регуляторных систем может позволить более адекватно определять лечебную тактику и обеспечивать при необходимости полноценную коррекцию проявлений климактерического синдрома.

В настоящее время предложен метод выявления системной дисфункции вегетативной регуляции кровообращения на основе изучения синхронизованности низкочастотных и высокочастотных колебаний, выявляемых в ритме сердца.

Однако остается множество нерешенных вопросов в области изучения особенностей вегетативной дисфункции у женщин в постменопаузе. Также не уточнена зависимость развития вегетативной дисфункции от тяжести течения климактерического синдрома у женщин в постменопаузе.

Цель исследования. Изучение особенностей вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у женщин в перименопаузальном периоде с учетом различий их клинического статуса и степени выраженности климактерического синдрома.

Материалы и методы. В данное исследование было включено 289 женщин на условиях добровольного информированного согласия в возрасте 43–70 лет.

Результаты исследования. Всем пациенткам проводился подсчет индекса Купермана и оценка гормонального фона. Выполнялась синхронная регистрация сигналов электрокардиограммы (ЭКГ), фотоплетизмограммы (ФПГ) и механической записи дыхания в состоянии покоя (горизонтальное положение тела) с частотой 250 Гц при 12-разрядном разрешении в течение 10 мин. Запись ФПГ, характеризующую кровенаполнение дистального сосудистого русла, выполнялась с использованием пульсоксиметрического датчика с дистальной фаланги указательного пальца руки.

При помощи программы «Кардиостат» оценивали показатели BCP - спектральные мощности в низкочастотных диапазонах спектра (LF), высокочастотных (HF) и очень низкочастотных диапазонах (VLF), выраженные в абсолютных значениях (мс²) и в процентах от суммарной мощности спектра во всех диапазонах, так же определялся индекс синхронизации (S).

Для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали метод выявления системной дисфункции вегетативной регуляции кровообращения на основе изучения синхронизованности высокочастотных волн (около 0,4 Гц), низкочастотных (около 0,1 Гц) и очень низкочастотных волн (около 0,04 Гц) колебаний, выявляемых в ритме сердца и фотоплетизмограмме.

Вычисление значений S выполнялось при помощи программы Синхрокард.

Статистические расчеты проводились при помощи программного пакета «Statistica» 6,1. Была произведена проверка соответствия изучаемых показателей закону нормального распределения на основе вычисления W-критерия Шапиро–Уилка. Выявлено, что не все показатели имеют нормальное распределение, поэтому дальнейший анализ производили методами непараметрической статистики.

Выводы. В ходе исследования не было выявлено клинически значимых ассоциаций изменений в вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы и менопаузальных изменений в организме женщины. Однако в исследовании были показаны статистически (но не клинически) значимые корреляции некоторых показателей вегетативной регуляции с давностью наступления менопаузы и степенью выраженности КС.

Со степенью КС у женщин в менопаузе коррелировали HF, LF, VLF, при этом в значениях индекса синхронизации (S) во всех трех рассматриваемых нами подгруппах статистически значимых различий выявлено не было. В связи с чем можно предположить о наличии адаптационных механизмов, которые включаются при наступлении менопаузы.

Основы взаимоотношений между механизмами вегетативной регуляции кровообращения и менопаузальным статусом женщины требуют дополнительных исследований для профилактики ССЗ и назначения адекватной медикаментозной терапии.

ПРОБЛЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Усмонова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней, начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

Частота преждевременных родов в мире составляет 5-10%. На долю недоношенных детей приходится 60-70% случаев ранней неонатальной смертности. Изучения преждевременных родов обусловлена высокой смертностью и заболеваемостью недоношенных младенцев, которая наблюдается в 8 – 13 раз чаще, чем при своевременных родах, а также потребностью в огромных ресурсах системы здравоохранения на выхаживание и реабилитацию данного контингента детей. Таким образом, проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, требующая многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению. При этом особое

внимание должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

Цель исследования. Определить факторы риска преждевременных родов. Выявить особенности течения преждевременных родов и послеродового периода. Провести анализ перинатальных исходов при преждевременных родах в зависимости от срока гестации и метода родоразрешения.. Оценить последствия ПР у новорожденных.

Материал и методы. Для выполнения поставленных в работе задач проведен ретроспективный анализ 50 историй родов при сроках гестации 24-37 недель и 50 историй развития новорожденных за 2019 г

Результаты и обсуждение. Наиболее часто встречаются ПР в возрасте 28- 34лет (27%) . Из факторов риска на первое место выступают ВЗОМТ- 49%., артериальная гипертензия - 37%. Наиболее грозным осложнением беременности является ФПН-36% и кровотечение в послеродовом периоде, выявленное у 30% беременных. ПР в 40 % случаях начинаются с ПИОВ.

Сравнительный анализ тактики ведения ПР при ПИОВ на разных сроках гестации показал, что преимущества выжидательной тактики, над активной в 22-27 недели гестации на момент рождения, заключались в отсутствии у детей ВЖК IV степени (0%) и меньшей частотой возникновения СДР тяжелой степени (18%), следовательно у 89% новорожденных из группы с активной тактикой, требовалось проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в то время как при выжидательной тактике ИВЛ проводилась только 39% новорожденным .Таким образом при активной тактике ведения летальность составила 40%, а при выжидательной - 2%.

В 28-30 недели гестации, у новорожденных из групп как с активной, так и с выжидательной тактикой ВЖК IV степени отсутствовали. детей с активной тактикой ВЖК III степени диагностировано у 25 %, при выжидательной поражения ЦНС у новорожденных не было. При активной тактике СДР тяжелой степени был диагностирован у 22% детей, при выжидательной — у 17 %, необходимость в оксигенации при активном ведении -35%, а при выжидательном-25%, летальность составила -17% только у групп детей с активной тактикой ведения.

В сроки гестации 31-33недель анализ показал, что при активной тактике ВЖК II степени было диагностировано у 14% детей, а СДР средней тяжести 20% , в то время как при выжидательной тактике ВЖК II степени вовсе отсутствовало, а СДР средней тяжести составило 12%, ИВЛ при активной тактике- 25%, а при выжидательной -10%, летальность 10% при активной тактике.

После 34 недель ВЖК I-II ст 10% при активной тактике,7% при выжидательной. РДС средней тяжести диагностировано при активной тактике у 5%, при выжидательной -4%, в то время как необходимость в оксигенации при выжидательной тактике составило 13%, что превышает таковую над активной(10%), летальность на долю детей с активной группы составила-2%, а в группе с выжидательной тактикой -4%.

Оценка перинатальных исходов показала , что наиболее частым последствием ПР у недоношенных детей является гипоксическое поражение ЦНС диагностируемо у 34% новорожденных, ретинопатия у 24%, так же выявлено наличие внутриутробной инфекции у 15%, (пневмонии у 10% детей), РДС у 12 %, открытый артериальный проток -3%, асфиксия -2%.

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что наиболее часто ПР возникают в возрасте беременной от 28 до 34 лет, так же было выявлено, что ведущими факторами риска ПР являются: ВЗОМТ, наличие артериальной гипертензии; среди особенностей наиболее часто встречается ПИОВ, ФПН и кровотечение в послеродовом периоде.

На основании проведенного ретроспективного анализа историй родов и историй развития новорожденных сделано заключение, позволяющее отнести выжидательную тактику ведения при ПИОВ к наиболее эффективной в сроки гестации до 34 недель, обусловленную отсутствием ВЖК IV степени и снижению частоты возникновения СДР у недоношенных детей.

Так же оценивая перинатальные исходы, было установлено, что наиболее частым осложнением среди новорожденных является гипоксическое поражение ЦНС и ретинопатия. Таким образом, раннее выявление основных факторов риска на этапе предгравидарной подготовки и во время беременности, а также выбор правильной тактики ведения ПР на разных сроках гестации , может снизить частоту возникновения как самих ПР, так и осложнений со стороны плода.

МЕХАНИЗМЫ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Фармонкулова Ё.Р., Джураева Х.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Многочисленные исследования посвящены изучению влияния на плод возникающей при хронической плацентарной недостаточности гипоксии.

Установлено, что при хронической гипоксии нарушено формирование циклической организации сна, что определяет особенности становления механизмов регуляции сердечной деятельности, дыхания и других функций организма ребенка в период ранней постнатальной адаптации и в значительной степени влияет на последующее развитие ребенка.

Поскольку в основе этих нарушений лежат возникающие в условиях гипоксии изменения метаболических процессов в тканях, изучение состояния системы свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной защиты (АОЗ), а также продукции антиоксиданта мелатонина представляется чрезвычайно важным для определения новых подходов к профилактике и патогенетической терапии.

Цель исследования. Выяснить роль возникающих в условиях хронической плацентарной недостаточности изменений состояния системы свободнорадикального окисления/антиоксидантной защиты и продукции мелатонина в

генезе задержки внутриутробного развития ребенка, определить принципы патогенетической терапии для профилактики неблагоприятных последствий.

Материалы и методы исследования. Для выяснения гестационного возраста детей с различной степенью ЗВУР проведен анализ 293 историй родов и развития новорожденных, имевших ЗВУР.

С целью изучения влияния материнской соматической патологии и осложнений беременности на формирование функций ЦНС проведена оценка ранней неонатальной адаптации, состояния позотонических и рефлекторных реакций у 115 новорожденных детей, у которых причиной ЗВУР явилось осложнение беременности гестозом. Дети родились при сроке > 36 недель. Известно, что к этому сроку завершаются процессы формирования циклической организации поведенческих состояний, постурального, активного и пассивного тонуса, а также рефлекторных реакций, что создает возможность объективной оценки соответствия функциональной зрелости ЦНС гестационному возрасту ребенка.

Результаты исследования. У женщин, имеющих патологию нескольких функциональных систем организма (нервной, иммунной, эндокринной, сердечно-сосудистой, ЖКТ, мочеполовой), во время беременности рано формируется суб-компенсированная плацентарная недостаточность, наблюдается несоответствие зрелости плаценты сроку гестации, возникают осложнения беременности (угроза прерывания беременности, тяжелые формы гестоза) и родового акта (аномалии, родовой деятельности). Чем больше тяжесть патологических изменений плаценты, тем больше степень ЗВУР ребенка.

При наличии патологической незрелости плаценты и формирования субкомпенсированной хронической плацентарной недостаточности в плаценте увеличена* экспрессия мелатонина, что является защитной компенсаторной реакцией, направленной на сохранение структуры и функции этого органа, необходимого для поддержания жизнеспособности плода.

При наличии патологической незрелости плаценты и субкомпенсированной хронической плацентарной недостаточности у новорожденных детей наблюдается не только задержка роста и массы, но и отставание развития позотонических и рефлекторных реакций. При этом наиболее тяжелая диссоциированная задержка формирования тонических и рефлекторных реакций имеется у детей с симметричной формой ЗВУР и с гипотрофией III степени.

У доношенных новорожденных детей с ЗВУР нарушена циклическая организация сна. У детей с ЗВУР без отставания развития функций

ЦНС укорочен цикл сна за счет уменьшения длительности ортодоксальной и парадоксальной фаз. При наличии диссоциированной задержки развития функций ЦНС регистрируется недифференцированный активированный или малоактивированный сон, что указывает на отставание формирования координирующей и интегративной функций ЦНС.

При внутриутробном развитии в условиях субкомпенсированной хронической плацентарной недостаточности и, следовательно, хронической гипоксии у доношенных детей при рождении наблюдается низкая антирадикальная активность крови, но при этом увеличена ее общая антиокислительная активность и отсутствует корреляция с интенсивностью ПОЛ, что свидетельствует о дисбалансе систем СРО/АОЗ. Имеется положительная корреляционная связь ($r = 0,74$, $p < 0,05$) между изменениями антирадикальной активности и экскрецией с мочой основного метаболита мелатонина - 6-сульфатоксимелатонина (6-COMT).

У детей, развивавшихся в условиях хронической плацентарной недостаточности и имеющих ЗВУР, снижена экскреция с мочой основного метаболита мелатонина - 6-сульфатоксимелатонина, что может являться свидетельством низкой продукции в организме ребенка внеэпифизарного мелатонина.

При сочетании у новорожденного ЗВУР с отставанием функционального развития ЦНС наблюдаются наиболее низкие показатели экскреции 6-сульфатоксимелатонина с мочой и тенденция к повышению активности мозгового (СК-ВВ) и сердечного (СК-МВ) изоферментов креатинкиназы. Чем выше показатель активности СК-МВ, тем ниже сократительная способность миокарда и наблюдается замедленная постнатальная перестройка гемодинамики.

У новорожденных детей с ЗВУР и отставанием формирования функций ЦНС в раннем неонатальном периоде жизни наблюдаются неврологические расстройства в виде синдрома гипервозбудимости ЦНС с последующим угнетением ЦНС, что сочетается с нарушением циклической организации сна. К концу раннего неонатального периода, характерного для здоровых доношенных детей развития функций ЦНС не происходит.

Вывод. Установлены критерии прогнозирования у новорожденных детей задержки внутриутробного развития (ЗВУР) с отставанием формирования функций ЦНС.

Показана необходимость проведения электрополиграфических исследований циклической организации сна и определены критерии оценки тяжести поражения ЦНС, способности к восстановлению и развитию нарушенных функций.

Определение активности нейроспецифического и сердечного изоферментов креатинкиназы дает возможность судить о тяжести поражения ЦНС и сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей с ЗВУР на клеточном уровне.

Показана необходимость определения уровня экскреции 6-сульфатоксимелатонина в моче в первые сутки жизни у детей, имеющих ЗВУР в сочетании с задержкой развития функций ЦНС, для коррекции выявленных нарушений.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И ВЗАИМОСВЯЗЬ ЕГО ДИСБАЛАНСА С РАЗВИТИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Фармонкулова Ё.Р., Джурсаева Х.З.

*Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последнее время показано, что объектом исследования для выявления состояния обмена МЭ в организме могут быть волосы. Однако для исследования быстро текущих процессов, происходящих в организме при заболевании, исследование волос недостаточно. Более информативным является изучение содержания МЭ в крови и определение диагностической значимости соотношения их содержания в сыворотке и форменных элементах.

Несмотря на многообразие выполненных исследований, проблема дисбаланса минералов и нарушений здоровья детей далека от разрешения и нуждается в продолжении исследований, особенно в региональном аспекте.

Цель исследования. Изучить показатели микроэлементного статуса, взаимосвязь его дисбаланса с развитием заболеваний у детей и разработать на этой основе научно-обоснованные рекомендации к индивидуальному выявлению микроэлементозов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 62 ребенка, больных острой пневмонией, проживающих в регионе с рождения: 41 (67,7%) мальчик и 21 (32,3%) девочка в возрасте от 1 до 8 лет, средний возраст составил $2,38 \pm 0,15$ лет. Все дети переносили острую внебольничную не осложненную пневмонию.

Группу контроля составили 165 практически здоровых детей того же возраста.

Результаты исследования. У 60% здоровых детей; были обнаружены нарушения, микроэлементного гомеостаза. более выраженные у детей 2-ой группы здоровья ($46,1 \pm 0,09\%$ и $64,1 \pm 0,57\%$ соответственно; $p < 0,01$), что повышает относительный риск увеличения; частоты, функциональных отклонений в состоянии: здоровья и повышения заболеваемости.

Установлено, что патология, органов дыхания у детей характеризуется снижением концентрации йодидов крови, уровня меди, селена и повышением содержания марганца в форменных: элементах крови; наиболее значимых микроэлементов, необходимых для поддержания деятельности иммунной и антиоксидантной систем.

Особенностью микроэлементного статуса у детей с микробно-воспалительными заболеваниями почек является, снижение концентрации активных йодид-ионов в крови и повышение содержания меди в: сыворотке крови, сопровождающееся снижением концентрации меди, марганца и повышением содержания свинца в форменных элементах крови. У детей с гломерулонефритом значимыми показателями являются: увеличение концентрации марганца в сыворотке крови и кобальта в форменных элементах крови. Изменение содержания микроэлементов у детей при заболеваниях является дополнительным этиопатогенетическим фактором, определяющим клиническое течение заболевания.

Научно -обоснованный и использованный нами тест ППН позволил определить индивидуальную чувствительность нейтрофилов крови к действию тяжелых металлов и установить повышенный уровень сенсибилизации к солям Zn, Pb, Ni, Mn у 6,7% здоровых детей и у 15-25%) детей с патологией легких и почек.

Предложенный способ количественной оценки содержания микроэлементов с использованием разработанного нами интегрального показателя содержания микроэлементов (ИПМС) и рассчитанных диапазонов позволяет выделить детей с дисбалансом в содержании микроэлементов и определить уровень риска выявленного дисбаланса для здоровья.

Вывод. Полученные закономерности, характеризующие взаимосвязь элементного дисбаланса с морфофункциональными характеристиками организма, позволили определить роль нарушений микроэлементного статуса в патогенезе бронхолегочной патологии и заболеваний почек у детей и дополнительным методом диагностики рекомендовать определение содержания микроэлементов с учетом изменений соотношений в их содержании.

Разработанный интегральный показатель микроэлементного статуса позволит выявить детей с дисбалансом в содержании микроэлементов и определить уровень риска выявленного дисбаланса для их здоровья.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Хайдарова Г.А., Негматшаева Х.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Патология мочевыделительной системы у беременных женщин занимает одно из ведущих мест среди всей экстрагенитальной патологии гестационного периода, которая чаще диагностируется и обостряется ее хроническое течение.

Во втором семестре острая форма пиелонефрита может стать причиной тяжелых осложнений беременности.

Течение периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных детей от матерей с пиелонефритом сопровождается высокой частотой внутриутробного инфицирования.

Цель исследования. Определение особенностей течения острого пиелонефрита у беременных, а также оценка состояния их новорожденных в ранний неонатальный период.

Материалы и методы. Наблюдали 20 беременных с острой формой пиелонефрита. Контрольная группа 10 детей родившихся от матерей с физиологически протекающей беременностью. Первая беременность была у 71,3 %, вторая – у 22,5%, третья и более – у 6,2% женщин. У 91% женщин беременность была сохранена, у одной женщины наступила антенатальная гибель плода, по одной беременной было с самопроизвольным прерыванием беременности в сроке 16 недель и преждевременными родами в сроке 32 недели. 3(10%) беременным был установлен мочеточниковый стент. Наибольшая частота возникновения острого пиелонефрита наблюдалось во втором триместре беременности (47,5%).

Следует отметить, что у каждой четвертой женщины с данной урологической патологией беременность протекала на фоне преэклампсии, хронической плацентарной недостаточности. У 2 женщин с острой формой пиелонефрита беременность протекала на фоне тяжелой преэклампсии. Наиболее выраженная манифестация преэклампсии отмечалась в 27-32 недели беременности. Это было характерно для женщин, которые перенесли острую форму пиелонефрита в I и II триместре.

Классические проявления внутриутробного инфицирования было выявлено у 28% детей, которые в дальнейшем были переведены в детскую больницу. 30% детей с проявлениями внутриутробного инфицирования характеризовались затрудненным течением раннего адаптационного периода.

У новорожденных детей исследуемой группы в первые сутки жизни отмечалось увеличение количества лейкоцитов и нормобластов. Так, содержание лейкоцитов в первые сутки жизни выше нормы (более $20 \cdot 10^9/\text{л}$) отмечалось в 25% случаев, количество лейкоцитов в крови новорожденных детей контрольной группы было равно $13,6 \cdot 10^9/\text{л}$.

У новорожденных детей отмечалось снижение общего белка при рождении, потому что их матери перенесли острую форму пиелонефрита. В среднем общий белок пуповинной крови составил $54,4 \pm 0,56$ г/л. Причем у 35% детей он был ниже 53г/л. В контрольной группе содержание общего белка - $69,1 \pm 0,79$ г/л.

Таким образом, каждый второй ребенок, мать которого перенесла острый пиелонефрит в период беременности, имеет клинические проявления внутриутробного инфицирования.

Выводы. Острый пиелонефрит у беременных женщин чаще возникает во втором триместре, а также он провоцирует более раннее возникновение преэклампсии.

У новорожденных детей, рожденных от матерей, которые перенесли острую форму пиелонефрита в период беременности, отмечается большая частота внутриутробного инфицирования с различной тяжестью заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Хайдарова Г.А., Комилова М.О., Юлдашева О.С.

Кафедра акушерства и гинекологии 2

Андижанский государственный медицинский институт

Терапия бактериального вагиноза (БВ) во время беременности остается сложной проблемой из-за возможного неблагоприятного воздействия этиотропных лекарств на плод. В этом аспекте (отсутствие тератогенного действия и широкий спектр антимикробной активности) перспективен антисептик бетадин- вагинальные свечи.

Целью исследования было изучение эффективности препарата бетадин для лечения бактериального вагиноза у беременных в I триместре беременности.

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентки в I триместре беременности. Диагноз БВ устанавливали на основании клинических и микробиологических методов исследования. Бетадин назначали по 1 свече (200 мг йодата) во влагалище на ночь в течение 7 дней.

Обсуждение результатов. При первом контрольном обследовании на 7-10-ые сутки после окончания лечения клиническое выздоровление и нормализация лабораторных показателей отмечены у 16 пациенток. Лечение было неэффективным у 4 женщин, у них сохранялись признаки БВ. Анализ течения беременности, родов и послеродового периода показал эффективность лечения у 94,3% женщин, у которых беременность закончилась срочными родами, у 4 беременных имело место родовое излитие околоплодных вод и преждевременные роды в сроке 34 недель беременности. Роды у всех женщин протекали без осложнений, родились здоровые доношенные дети, без видимых аномалий развития. В раннем послеродовом периоде у одной развился мастит и у одной роженицы период осложнился эндометритом, причем на фоне рецидива бактериального вагиноза. Полученные результаты в ходе исследования показали высокую эффективность препарата бетадин для лечения бактериального вагиноза.

Вывод. Высокая терапевтическая эффективность, отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость препарата, простота и удобство в использовании позволяют рекомендовать вагинальные свечи для лечения бактериального вагиноза на ранних сроках беременности.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Хайдарова Г.А., Негматшаева Х.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Патология мочевыделительной системы у беременных женщин занимает одно из ведущих мест среди всей экстрагенитальной патологии гестационного периода, которая чаще диагностируется, или обостряется ее хроническое течение.

Во втором семестре острый пиелонефрит может стать причиной тяжелых осложнений беременности.

Течение периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных детей от матерей с пиелонефритом сопровождается высокой частотой внутриутробного инфицирования.

Целью исследования явилось определение особенностей течения острого пиелонефрита у беременных, а также оценка состояния их новорожденных в ранний неонатальный период.

Материалы и методы.

Наблюдали 20 беременных с острым пиелонефритом. Контрольная группа 10 детей родившихся от матерей с физиологически протекающей беременностью.

Первая беременность была у 71,3 %, вторая – у 22,5%, третья и более – у 6,2% женщин

У 91% беременность была сохранена, у одной женщины наступила антенатальная гибель плода, по одной беременной было с самопроизвольным прерыванием беременности в сроке 16 недель и преждевременными родами в сроке 32 недели.

3(10%) беременным был установлен мочеточниковый стент.

Наибольшая частота возникновения острого пиелонефрита наблюдалась во втором триместре беременности (47,5%)

Следует отметить, что у каждой четвертой женщины данной урологической патологией беременность протекала на фоне преэклампсии, хронической плацентарной недостаточности. У 2 женщин с острым пиелонефритом беременность протекала на фоне тяжелой преэклампсии. Наиболее выраженная манифестация преэклампсии отмечалась в 27-32 недели беременности. Это было характерно для женщин, которые перенесли острый пиелонефрит в I и II триместре.

Классические проявления внутриутробного инфицирования было выявлено у 28% детей, которые в дальнейшем были переведены в детскую больницу. У 30% с проявлениями внутриутробного инфицирования, характеризовалось затрудненным течением раннего адаптационного периода.

У новорожденных детей исследуемой группы в первые сутки жизни отмечалось увеличение количества лейкоцитов и нормобластов. Так содержание лейкоцитов в первые сутки жизни выше нормы (более $20 \times 10^9/\text{л}$) отмечалось в 25% случаев, количество лейкоцитов в крови новорожденных детей контрольной группы было равно $13,6 \times 10^9/\text{л}$

У новорожденных детей от матерей, перенесших острый пиелонефрит, отмечалось снижение общего белка при рождении. В среднем общий белок пуповинной крови составил $54,4 \pm 0,56$ г/л. Причем у 35% детей он был ниже 53 г/л.

В контрольной группе содержание общего белка – $69,1 \pm 0,79$ г/л.

Таким образом, у каждого второй ребенок родившийся от матерей с перенесенным в период беременности острый пиелонефрит, имеют клинические проявления внутриутробного инфицирования.

Выводы. Острый пиелонефрит у беременных женщин чаще возникает во втором триместре, а также он провоцирует более раннее возникновение преэклампсии У новорожденных детей от матерей перенесших острый пиелонефрит в период беременности отмечается большая частота внутриутробного инфицирования с различной тяжестью заболевания.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хайдарова Л.Р., Ганиев А.Г., Урумбаева З.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АД) относят к наиболее распространённым соматическим заболеваниям, приводящим к значительным персональным, социальным и финансовым последствиям для семьи больного и общества в целом. Изучение АД у детей на кафедре госпитальной педиатрии Андижанского государственного медицинского института проводится уже более 25 лет. Проблема респираторных аллергозов (РА) у детей продолжает оставаться актуальной во всем мире, несмотря на многочисленные исследования и достаточный объем лечебно-профилактических мероприятий. В детском возрасте РА являются одними из самых распространенных хронических заболеваний. Среди многочисленных проблем современного человечества одной из ведущих является рост аллергических заболеваний. По данным ВОЗ, аллергические заболевания занимают по распространённости 3-е место. Наиболее важными достижениями в решении этой проблемы можно считать принятие международно-согласованных документов и национальных программ в рамках глобальной стратегии по бронхиальной астме и лечению ринита.

Многочисленные научные исследования в разных странах мира за последние 20 лет показали рост распространённости хронических аллергических болезней органов дыхания. И это не просто следствие улучшения диагностики, что подтверждают повторные эпидемиологические исследования спустя 10-20 лет с использованием одинаковых методов. Изучение АД у детей на кафедре госпитальной педиатрии Андижанского государственного медицинского института проводится уже более 25 лет.

Цель. Изучение распространённости симптомов атопического дерматита в динамике и их взаимосвязи с симптомами бронхиальной астмы у детей 7–10 лет.

Методы. Обследованы 120 детей в возрасте 6–10 лет: в 2017 г. — 40 детей, в 2018 г. — 45 детей, в 2019 г. — 35 детей. Проведено сплошное анкетирование детей на основании опроса о кардинальных симптомах заболевания в соответствии с правилами международной унифицированной программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood — Международное исследование астмы и аллергии у детей).

Результаты. Установлены значительные расхождения показателей распространённости симптомов атопического дерматита и данных по установленным диагнозам у больных в лечебно-профилактических учреждениях. Распространённость симптомов атопического дерматита у школьников за период 2017–2019 гг. увеличилась с $12,5 \pm 0,4$ до $20,4 \pm 1,5\%$ ($p < 0,001$). Частота появления первых симптомов атопического дерматита в возрасте до 2 лет снизилась с $7,6 \pm 1,0$ до $4,9 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$). Частота выявления сыпи за последний год увеличились с $3,2 \pm 0,6$ до $4,8 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$). При этом диагноз «атопический дерматит» в лечебно-профилактических учреждениях школьникам в возрасте 7–10 лет стали выставлять чаще: в 2015 г. — $4,0 \pm 0,7\%$, в 2016 г. — $5,4 \pm 0,4\%$, в 2019 г. — $13,8 \pm 1,3\%$ детей ($p < 0,001$). Распространённость симптомов сочетанных форм атопического дерматита и бронхиальной астмы выросла с $3,4 \pm 0,4$ до $7,8 \pm 1,0\%$ ($p < 0,001$). Установлено наличие сильной корреляции между наличием симптомов атопического дерматита и бронхиальной астмы (от $r = 0,76$ до $r = 1,00$, $p < 0,05$).

Вывод. Среди школьников в возрасте 6-10 лет продолжается рост частоты симптомов атопического дерматита и бронхиальной астмы, установлено наличие корреляционных взаимосвязей между симптомами этих заболеваний.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ФОРМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Хайдарова Л.Р., Ганиев А.Г., Абдурашидов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В соответствии с современным определением атопический дерматит является хроническим аллергическим лихенифицирующим воспалением кожи, возникающим в результате готовности иммунной системы к развитию аллергической реакции, способной быть запущенной как атопическими, так и неатопическими механизмами. Сопровождается кожным зудом и частым инфицированием (Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России «Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра», 2012). Иммунные клетки кожи людей, больных атопическим дерматитом, обладают повышенной чувствительностью. Обострения атопического дерматита - реакция этих клеток на определенные провоцирующие факторы. Выявление и устранение этих факторов помогает облегчить состояние людей, страдающих от этой болезни. Базовый уход (терапия) при АД включает в себя восстановление и поддержание нормальной структуры и функции эпидермального барьера, что позволяет предотвратить сенсибилизацию, инфицирование и продлить ремиссию.

Цель. Рассмотреть распространённость, причины, патогенез атопического дерматита, изучить современные классификационные подходы заболевания, а также обратить внимание на предложенные сегодня клиницистами методы лечения и профилактики при младенческой форме атопического дерматита.

Материал и методы. Изучено 60 историй болезней стационарных пациентов детского отделения "ОДММЦ" г. Андижан за январь и февраль 2019 года. Основным критерием выборки историй болезней был основной диагноз пациентов – атопический дерматит. В ходе работы был использован метод сравнительного анализа результатов в виде графиков, таблиц и диаграмм, основанных на полученных данных из выборки историй болезней.

Результаты. Установлено, что у детей с младенческой формой тяжёлого распространённого атопического дерматита констатируется значительное повышение частоты выявления HLA-антигенов I класса (A1, B17, B18) и HLA-антигена II класса (DRB1*04), внутрилокусных сочетаний HLA-анти-генов (B17-B18, B17-B40) и межлокусных сочетаний HLA-антигенов (A1-B35, A11-B18, A19-B17). Представительство указанных выше антигенов ГКС и их комбинаций ассоциировалось с повышением относительного риска развития тяжёлого распространённого атопического дерматита в 2,51-7,89 раза ($RR = 2,51-7,89$). В литературе описаны аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный и полигенный варианты наследования атопии; в настоящее время преимущественным считается полигенное наследование атопии. Ключевая роль в развитии атопического дерматита принадлежит IgE-опосредованным реакциям. У детей с атопическим дерматитом обнаруживается высокий уровень сывороточного IgE, у детей раннего возраста с тяжёлым распространённым атопическим дерматитом средний уровень общего IgE в сыворотке крови в периоде обострения заболевания превышает в 4,9 раза его уровень у практически здоровых детей. По мнению исследователей неспецифические (неаллергические) факторы, провоцирующие клиническую манифестацию атопического дерматита у детей, всегда вторичны, так как им предшествует сенсибилизация организма с развитием аллергического воспаления кожи и её гиперреактивности. У детей с атопическим дерматитом отмечается повышенный синтез провоспалительной химазы клеток кожи, что сопровождается её гиперреактивностью, которая становится фактором, определяющим реализацию атопического заболевания в виде аллергического воспаления кожных покровов. В повреждённых участках кожи больных атопическим дерматитом доминируют активированные CD4-клетки с фенотипом Th2-лимфоцитов, способствующие выработке В-лимфоцитами повышенного количества IgE.

Выводы. Генетическая основа атопического дерматита представлена комбинацией следующих составляющих болезней: 1) наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний; 2) предрасположенность к атопии; 3) предрасположенность к гиперреактивности кожи. Наличие одного из составляющих повышает вероятность возникновения заболевания атопическим дерматитом, а их сочетание приводит к высокому риску реализации болезни даже при минимальном воздействии причинно-значимых аллергенов и других факторов внешней среды.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ И НУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

*Хакимов Ш.К., Нуриддинова Г.Т., Пазилжанова М.П., Фарманкулова Ё.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Согласно современным представлениям, пищеварение, в зависимости от происхождения осуществляющих его ферментов, делится на три группы: собственное, симбионтное и аутолитическое. Последнее обеспечивается ферментами пищи, т.е. пища в своем составе содержит не только питательные ингредиенты, но и гидролизующие их ферменты. Существенное значение в гидролизе нутриентов грудного молока отводится его ферментам, что имеет значение в аутолитическом пищеварении детей первых месяцев жизни, плавному переходу к смешанному и дефинитивному питанию. В становлении последних важную роль играет активация ферментов пищи в пищеварительном тракте организма. Такой тип пищеварения называется индуцированным гидролизом питательных веществ.

Основной целью данной работы явилось изучение соотношения гидролитического фермента пепсиногена и белка в составе грудного молока кормящих матерей в ходе лактации.

Материал и методы исследования. Обследованы 134 кормящие женщины без фоновых и экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности и в период лактации. Контингент кормящих матерей в зависимости от лактационного периода распределялся следующим образом: 1-3 месяца – 35 (I период); 4-6 месяцы – 52 (II период); 7-9 месяцы – 26 (III период) и 10-12 месяцы – 21 (IV период).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых образцах грудного молока изучалось содержание белка и фермента пепсиногена. При интерпретации изучаемых показателей нами учитывалось не только содержание белка и пепсиногена (г/л, ед/мин), но также их напряжение (выделение) с учетом суточного объема молока (г/л/сут, ед/мл/мин). Среднее выделение пепсиногена в первые месяцы лактации во всех группах кормящих матерей показало, что грудной молоко обладает достаточно высокой протеолитической активностью за счет пепсиногена ($8,2 \pm 0,46$ ед/мл/мин), и к концу лактации этот показатель существенно снижался (до 4,4 ед/мл/мин, $P < 0,001$). Снижение пепсиногена в составе грудного молока в период лактации (впервые 12 месяцы) не происходит равномерно. Так, отмечается некоторое увеличение этого параметра на 7 - 8 месяцы лактации ($8,2 - 8,4$ ед/мл/мин, $P < 0,05 - 0,01$). Изучение динамики выделения пепсиногена в составе грудного молока у разных кормящих женщин показали некоторую закономерность: у молодых первородящих женщин первоначальная вариация выделения пепсиногена высокая, а у женщин в возрасте 30 лет и старше, а также у повторнородящих (3 и более родов) - низкая. Отмечается, что если в начале лактации в составе грудного молока выделяется большее количество пепсиногена (первородящие с 1-2 родами, в возрасте 20 лет и младше), то их динамика в ходе лактации снижается более круто, чем у тех женщин, у которых первоначальное выделение пепсиногена было более низкое (повторнородящие, 3 и более родов, в возрасте 30 лет и старше). У последних, после некоторого снижения выделения пепсиногена в составе грудного молока, в последующие месяцы лактации выделение этого фермента нарастает и более длительное время удерживается в этих пределах. Создается впечатление, что грудные железы как бы компенсируют исходно низкий уровень выделения пепсиногена с пролонгированным удержанием достаточной

концентрации. Эти данные можно рассматривать как проявление адаптированности свойств молока к его протеолитическому (индуцированному) пищеварению. Корреляционные связи между выделяемым количеством белка и пепсиногена в составе грудного молока отсутствуют у многорожавших женщин и в возрасте 30 лет и старше. При этом, у последних групп кормящих матерей в составе грудного молока к 7 месяцу лактации существенно снижается выделение пепсиногена на фоне высокой выделительной способности грудных желез по белкам.

Установлена зависимость между выделением в составе грудного молока, белка и протеолитического фермента пепсиногена у молодых первородящих кормящих матерей, что можно рассматривать как проявление адаптированности свойств молока к его индуцированному аутолитическому пищеварению.

У детей многорожавших женщин, а также у кормящих матерей в возрасте 30 лет и старше имеет место физиологическая предпосылка к раннему переходу к собственному пищеварению в ущерб аутолитического.

Выводы. Среди кормящих матерей с I степенью анемии имеется категория женщин, у которых в составе грудного молока отмечается снижение белков, жиров, углеводов и калорийной стоимости его.

У женщин со II степенью анемии в составе грудного молока происходит значительное снижение содержания пищевых ингредиентов и калории. Последние еще более выражены в группах женщин с возрастом 30 лет и старше, паритетом 3 и более родов и периодом лактации более 6 месяцев. Энергетическая же стоимость грудного молока при этом поддерживается за счет углеводов.

У больных женщин с III степенью тяжести анемии во всех группах происходит значительное «падение» содержание всех пищевых ингредиентов и калорийных ценности грудного молока, что приводит к значительному дефициту потребления пищевых веществ и энергии их детьми, которые могут служить основой развития алиментарно-дефицитных состояний.

ГИПОГАЛАКТИЯНИ РИВОЖЛАНИШИДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИК КАМҚОНЛИКНИНГ (ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯ) САЛМОҚЛИ ЎРНИ

*Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т., Рабиева Б.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Тадқиқот мақсади. Анемия билан хасталанган эмизувчи аёллар сути таркибидаги ингредиентларни ва калорияларни баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва услублари. Асосий гуруҳни камқонликнинг турли даражалари билан хасталанган 241 нафар эмизикли оналар ташкил этди. Уларнинг орасида камқонликнинг I –енгил даражаси билан оғриётганлар 132 нафар (54,8%) бўлиб, улар қонида гемоглобин (Hb) миқдори $96,7 \pm 0,32$ г/л ва эритроцитлар сони $3,67 \pm 0,018 \times 10^{12}$ /л; II – ўртача оғирликдаги даражаси 83 нафар (34,9%) аёлда аниқланиб, улар қонида Hb $78,4 \pm 0,91$ г/л, эритроцитлари сони эмизишлар сони, $3,09 \pm 0,027 \times 10^{12}$ / л ташкил этса, III – оғир даражаси 25 нафар (10,3%) аёлда кузатилиб, уларда Hb $62,3 \pm 0,60$ г/л ва эритроцитлари сони $2,74 \pm 0,22 \times 10^{12}$ /л дан иборат бўлди. Камқонлик даражалари гематокрит – Ht сони «суюлиш эффекти», қон зардобидида темир миқдори ($\leq 12,5$ ммоль/л), қон зардобининг умумий темирни бириктириб олиш хоссаси - $\geq 72,0$ ммоль/л, ферритин миқдори ($\leq 12,0$ мкг/л), трансферрин билан тўйиниш коэффициенти ($\leq 16\%$), эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрасияси, $\leq 16,7$ ммоль/л, эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори (эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрасияси, $\leq 1,67$ фмоль), битта эритроцитнинг ўртача ҳажми ($\leq 75,0$ фл) кўрсаткичлари аниқланиши асосида олиб борилди. Контрол гуруҳни темир танқислиги камқонлигининг клиник ва лабораторик белгилари мавжуд бўлмаган 126 нафар эмизикли аёллар ташкил этди. Кузатувимиздаги темир танқислик камқонлик мавжуд бўлган аёлларнинг 20 ёшгача бўлганлари $17,4 \pm 2,44\%$; 21-29 ёшдагилари – $88,8 \pm 3,03\%$ ва ёши 30 ва ундан ортиқлари – $15,7 \pm 2,35\%$ дан иборат бўлиб, темир танқислик камқонлик билан хасталанган аёллар ёшининг бу кўрсаткичлари контрол гуруҳдаги соғлом эмизикли аёллар ёши кўрсаткичларига мос келади ($16,7 \pm 3,32\%$; $66,6 \pm 4,2\%$; $16,7 \pm 3,32$, $P > 0,05$). темир танқислик анемия билан хасталанган қайта туккан аёллар сони кўрсаткичлари ($58,2 \pm 3,5\%$) ҳам соғлом аёллар кўрсаткичларига ($62,7 \pm 4,43\%$, $P > 0,05$) мос келади.

Лактация миқдорини аниқлашни дастлаб қўллар ва кўкрак безларини ювиш сингари асептика ва антисептика қоидаларига амал қилган ҳолда болани эмизгунга қадар ҳамда эмганидан кейин контрол тортиб қўриш усули билан амалган оширилди ва бунда ортиб қолган сут соғиб ташланиб, миқдори ҳисобга олиб қўйилди. Лактация миқдорининг суткалик ўзгаришларини яхлитлаш мақсадида 2 иш куни ва бир яшанбада куннинг турли (6,12,18,22) соатларида олиб борилди. Лактация миқдорини баҳолашда биз сутнинг суткалик ҳажми (мл/сут), ҳар бир эмишда қабул қилинган сут ҳажми (эмизишлар сони, мл), вақт бирлиги ичида ажралиб чиққан сут ҳажми (мл/мин/сут), эмизишлар сони (эмизишлар сони, марта) ҳисобга олдик. Болани овқатлантириш эркин, бола талабига кўра олиб борилди.

Тўпланган материал параметрик (t-мезонлар) ҳамда нопараметрик усуллар – Фишерник аниқ усули (ФАУ) билан бурчак силжиши (ω) аниқлаш орқали Microsoft Office XP (Excel, 2003), программасида статистик ҳисоб-китаб қилинди.

Тадқиқотлар натижалари ва муҳокама. Тадқиқотларимиз натижалари шуни кўрсатадики, темир танқислик анемия даражаси оғирлаша бориши ҳолида эмизикли оналар суткалик сут ҳажми, эмизишлар сони, ажралиб чиққан сут ҳажми ҳамда эмизишлар сони кўрсаткичлари узликсиз кўкрак сути пасайиб боради ($P < 0,001$). Темир танқислик анемиянинг I, II ва III даражаларида суткалик сутни камайиши билан эмизишлар сони орасида узвий коррелятив алоқа кузатилади ($r = +0,562 \pm 0,05$, $r = +0,624 \pm 0,013$ ва $r = +0,634 \pm 0,05$, $P < 0,05$, $P < 0,001$). Биз томондан эмизишлар сони (мл) кўрсаткичлари кузатилганда темир танқислик анемия I даражаси билан хасталанган оналарда бу кўрсаткич сезиларли камаяди ($90,2 \pm 2,13$ мл, $P < 0,05$) ва патологиянинг II даражасида анча ортади ($98,6 \pm 1,76$, $P < 0,01$), бизнинг фикримизча бунда эмизишлар сонининг “куюклашиш эффекти” кузатилади. Бирок, бу ҳолат эмизишлар сонининг соғлом оналарга нисбатан ($4,56 \pm 0,04$, $P < 0,001$) темир танқислик анемиянинг I даражасида сезиларли камайиши ($5,52 \pm 0,08$) билан биргаликда кечади.

Шу нарса эътиборни тортадиким, темир танқислик анемиянинг I ва айниқса, II даражаларида эмизикли оналар сутида юқоридаги “куюклашиш эффекти” оқсиллар ва ёғларга (мл) ҳам тааллуқли бўлади [10]. Бунда шундай ҳулосага

келиш мумкинки, она организми ёки тескари биологик боғланиш орқали, бола организми эмизишлар сонини камайтириш йўли билан эмизишлар сони (мл)даги сут хажми ҳамда овқат моддалари етишмовчилигини тўлдиришга эришилади.

Шу билан биргаликда суткалик сут хажми (мл/сут) ва унинг вақт бирлигида ажралиб чиқиши (ажралиб чиққан сут хажми, мл/мин) сут таркибдаги озуқа моддаларининг ялпи ажралиши коэффициентининг ҳам сезиларли камайиши кузатилади.

Биз оналарнинг гормонал ҳолатини ўрганишни олдимизга мақсад қилиб қўйган эмасмиз. Шунга қарамай темир танқислик анемия I даражаси билан ҳасталанган 17 нафар (12,9%, $P_0 < 0,037$), II даражасида 14 нафар (16,7%, $P_0 < 0,001$), III даражасида 7 нафар эмизикли аёлда (28,0%, $P_0 < 0,003$) ҳамда 8 нафар (6,4%) контрол гуруҳдаги аёлда анамнезда менструал циклининг тўла тикланганлиги кузатилди. Шу билан бир қаторда кўпчилик (46 аёлдан 34 нафариди) лактация суткалик сут хажми ҳамда эмизишлар сонининг камайиши давом этди. Тадқиқотларимиз давомида шундай қонуният кузатилдики, темир танқислик камқонликнинг даражаси қанча оғирлашса, соғлом эмизикли оналарга нисбатан ($5,63 \pm 0,13$ ой) менструал цикл шунчалик эрта тикланар экан ($5,12 \pm 0,25$; $4,64 \pm 0,14$ ва $4,14 \pm 0,45$ ой, $P_0 < 0,05$, $P_0 < 0,001$). Шу билан биргаликда айрим эмизикли оналарда эмизишлар сонининг камайиши менструал циклининг анча эрта тикланишига олиб келиши кузатилди.

Хулосалар

1. Эмизикли оналарда темир танқислик камқонлик оғирлашган сари сутнинг кунлик хажми (мл/сут), кўкрак сутининг вақт бирлигида ажралиб чиқиши (мл/мин) ҳамда болаларни эмизишлар сони узликсиз камайиб боради.

2. Темир танқислик камқонлик билан ҳасталанган эмизикли оналар лактацион даври мобайнида гипогалактиянинг кечки шакллари ривожланиши кўпроқ кузатилади. Шунингдек кунлик сут хажмининг $\geq 50,0\%$ дан камлиги макро- ҳамда микронутриент асосидаги овқатланишининг сурункали бузилиши постнатал шакллари ривожланишининг асоси бўлиб ҳам ҳисобланади.

ИЗУЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т., Алимова Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью данной работы явилось изучения частоты артериальной гипотензии (АГП) на основе разработанного нового варианта центильной шкалы АД у школьников в 11-15 лет.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ одного из районов Андижанской области Республики Узбекистан, в которых в момент исследования обучались 15235 детей в возрасте 11-15 лет. Исследованы 1505 школьников обоего пола (729 мальчиков, 776 девочек), что составила 10% - ой выборки популяции. Число наблюдений в возрастнo-половых группах детей колебалось от 137 до 203. У каждого ребенка измеряли систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД) по стандартной методике National High Blood Pressure Education Program (1996), требующие определенные условия при измерении АД (времени, частоты измерения, эмоциональный статус обследуемых и др.).

Центильное распределение АД составлено согласно формулы: $P_i = X_n + i (K - P_s/P)$ (Гублер Е.В. 1999). В соответствии с методикой градации АГП считались нижний 10 и 5 центилей распределения АД.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что 50-центильная распределение САД в возрасте 11-15 лет колеблется от 104-114 мальчиков и 104-116 мм. рт. ст. у девочек. В возрасте 13-14 лет этот показатель у девочек на 2-6 мм. рт. ст. выше чем у мальчиков ($P < 0,01$). Это разница к 15 лет нивелируются и составила соответственно 114-116 мм.рт.ст ($P < 0,05$). Соответственно с этим изменениями нижний пороговой уровень (5-центиль) САД у девочек в возрасте 12-15 лет выше на 4 и -8 мм.рт.ст. чем у мальчиков ($P < 0,05$).

Медиана центильного распределения ДАД (50- центиль) у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 70 до 76 мм.рт.ст., что существенно не отличается от данных девочек аналогичного возраста (72-78мм.рт.ст., $P > 0,05$)

У девочек с 13 лет нижняя 5-центиль кривая распределение ДАД на 6-10 мм.рт.ст. выше (60-66 мм.рт.ст.) чем у мальчиков. (54-56 мм.рт.ст. $P < 0,01$), что необходимо учесть при диагностике диастолической АГП у девочек.

Нами установлено, что артериальная гипотензия (АГП) среди сельских школьников в возрасте 11-15 лет довольно распространенное состояние соответственно у девочек - 14,3%, мальчиков - 12,6% . Частота АГП среди наших школьников существенно больше, чем данные РФ (Емельянчик Е. Ю. соавт. 2002. Кушнир С. М. 2003). и соответствует распространению АГП в популяции школьников Владикавказа (Калосва З.Д. 1993.).

Нами при сравнительном изучении как общего удельного веса, так и частоты диастолической (ДГП) и систоло-диастолической артериальной гипотензии (СДГП) среди мальчиков и девочек статистические различия не обнаруживались ($P > 0,05$). Лишь отмечено увеличение частоты систолической артериальной гипотензии (СПП) у девочек в возрасте 13-15 лет (5,89%, напротив 4,7% мальчиков, $P_0 < 0,017$), за счет чего увеличен общий удельный вес СПП в популяции девочек (5,54%, напротив 3,43%, $P_0 < 0,024$). У мальчиков как в возрасте 11-12 лет (4,0%), так и в возрасте 13-15 лет (4,6%) имеет место тенденция к увеличению частоты СДГП, по сравнению девочек аналогических возрастов (2,15% и 3,5%, $P < 0,01$).

Таким образом, выборочные (рандомизированные) исследования у детей школьного возраста позволяют установить частоту и различные формы артериальной гипотензии. Для установления их устойчивости, а также генеза, видимо, требуется длительное проспективное исследование.

BIRLAMCHI TIBBIY YORDAM MUASSASALARIDA GELMINTOZ VA PARAZITAR KASALLIKLARNING BOLALAR O'RTASIDA TARQALISHI VA DAVOLASH TAKTIKASINI BAHOLASH

*Xakimova L.R., Lapasov S.X.
Samarqand davlat tibbiyot instituti*

Muammoning dolzarbligi. Gelmintoz bolalarda oshqozon-ichak traktining keng tarqalgan patologiyasi hisoblanadi. Ayniqsa, ko'pincha bu muammo sog'liqni saqlashning birlamchi bo'g'inida umumiy amaliyot shifokorlariga duch keladi. O'zbekistonda bolalarda gelmintozning tarqalishi taxminan 65% ni tashkil qiladi.

Parazitar kasalliklar mo'tadil va tropik iqlimlarda keng tarqalgan. Kasallik iqlim, sanitariya-gigiena va ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlarga bog'liq. Qit'alararo munosabatlarning kengayishi va dori-darmonlardan noto'g'ri foydalanish tufayli, mo'tadil iqlimda joylashgan mamlakatlarda parazitlar kasalliklar tarqalish darajasi o'sib bormoqda.

Tadqiqot maqsadi. Gelmintozning tarqalishini aniqlash va kasal bolalarga birlamchi tibbiy yordam muassasalarida olib borish usullarini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ushbu tadqiqot Samarqand shahridagi 3-sonli oilaviy polyklinikada o'tkazilgan. Ushbu polyklinikaning uchta uchastkasi o'rganildi. Ushbu uchastkalarda jami aholi soni 5236 kishi. Bolalarda gelmintoz tez-tez uchrab turishini hisobga olib, 1 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalar tanlangan. Bolalarning umumiy soni 1218 bolani tashkil etdi. Bu bolalarning barchasi ularda gelmintoz va parazitlar kasalliklari bo'yicha tekshiruvdan o'tkazildi. Tashxis shikoyatlar, anamnez, ob'ektiv ko'rik ma'lumotlari va laboratoriya natijalari (qon va najasni umumiy tahlil qilish) asosida qo'yildi.

Natijalar va uni muhokama qilish. Tekshiruvdan o'tgan 1218 bolalarning 194 nafari gelmintozga xos klinik va laboratoriya belgilarini namoyish etdilar. Lyambliozning klinik belgilari (qorin soxasida noqulaylik va shish, diareya) 141 bolada (90,3%) aniqlandi. Ushbu bemorlarning umumiy qon tahlilida anemiya belgilari va eozinofiliya, najas tahlilida - lyambliya tsistalari aniqlandi. 15 (7,5%) nafar bolalarda enterobiozga xos bo'lgan klinik (uyqusizlik, bezovtalik, anal qichishish) va laboratoriya belgilari namoyon bo'ldi. Ushbu bemorlarning umumiy qon tahlilida anemiya belgilari va eozinofiliya, najas tahlilida esa – ostritsa va qurt tuxumlari aniqlandi. Va, nihoyat, 5 (2,4%) nafar bolalarda askaridozning klinik va laboratoriya belgilari topildi.

Adabiyot ma'lumotlaridan ma'lumki, kasallikning shakliga qarab gelmintoz va parazitlar kasalliklari uchun quyidagi dorilar qo'llaniladi. Askaridozda pirantel dori vositasidan foydalaniladi - 10 mg/kg dan, bir mahal; mebendazol - 3 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg va piperazin 2 kun davomida kuniga 75 mg/kg. Lyamblioz uchun furazolidon kuniga 5 mg / kg dan 4 marta 7-10 kun davomida, metronidazol kuniga 15 mg / kg 3 marta 5-10 kun davomida qo'llaniladi. Enterobiozda esa, mebendazol 100 mg bir marta va pirantel 10-20 mg / kg bir marta buyuriladi.

Gelmintoz va parazitlar kasalliklarga chalingan bemorlarda nomedikamentoz va yuqorida ko'rsatilgan dorilarni qo'llagan holda medicamentoz terapiyasi o'tkazildi.

Askaridozga 5 ta va enterobiozga 13 ta nafar chalingan bolada biz to'liq davolashga erishdik.

Lyamblioz kasalligiga chalingan 141 nafar bemorning atigi 58 (47,9%) nafar bolasi to'liq davolangan bo'lsa, qolganlariga mikroblarga qarshi terapiyaning ikkinchi kursi buyurilgan.

Xulosa. Shunday qilib, bizning tadqiqotlarimiz bolalarda gelmintoz va parazitlar kasalliklarning yuqori darajada tarqalishini aniqladi. Shu sababli, aholini sanitariya-gigiyena me'yorlariga rioya qilish xabardorlik darajasini oshirish va bunday bemorlar kasalligini erta aniqlash va davolash bo'yicha profilaktik tadbirlarni birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish muassasalarida kuchaytirish zarur.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Хакимова У.Р., Нурмухамедова Д.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.*

Актуальность: проблема дефицита железа остается актуальной и в наши дни, особенно среди групп риска, одной из которых являются дети грудного и раннего возраста. Длительно существующий дефицит железа приводит к нарушению психомоторного и речевого развития, частым инфекционно-воспалительным заболеваниям. Последствия дефицита железа могут сохранять в течение нескольких месяцев, лет и даже носить необратимый характер.

Цель исследования: выделить ведущие факторы риска в развитии железодефицитной анемии у детей раннего возраста. Была изучена заболеваемость детей, находившихся на лечении в инфекционном отделении раннего возраста ЗДГКБ г. Минска за 1 год. Для изучения факторов риска развития анемии проведено анкетирование 60 матерей детей в возрасте 1 года с железодефицитной анемией и контрольной группы без нее.

Результаты: железодефицитная анемия была зарегистрирована у 21,8% детей раннего возраста. Преимущественно, в 97,7% регистрировалась анемия 1-й степени (гемоглобин (Hb) $104,3 \pm 0,38$ г/л, эр. $4,2 \times 10^{12} \pm 0,03$, MCV $74,1 \pm 0,6$, MCH $25,1 \pm 0,3$). Анемия 2-й степени отмечалась у 1,9% детей (Hb $86,6 \pm 1,3$, эр. $3,8 \pm 0,3$, MCV $71,3 \pm 7,1$, MCH $23 \pm 1,5$) и у 1 ребенка (0,04%) – 3-й степени (Hb 44 г/л, эр. $4,49 \times 10^{12}$, MCV $43,2$, MCH $9,7$). Уровень сывороточного железа у детей с анемией составил $4,9 \pm 0,48$ мкмоль/л. Средний возраст детей с железодефицитной анемией – $12,4 \pm 8,8$ мес. Мальчики болели чаще девочек, соотношение 1,6 : 1. Чаще всего анемия регистрировалась в возрасте с 6 мес до 1 года – 46,3%, в возрасте до 6 мес – 18,1%, с 1 года до 2 лет – у 22,1%, с 2 до 3 лет – 13,4%. От времени года заболеваемость анемией не зависела. В результате проведенного анкетирования выявлено, что у детей с железодефицитной анемией в анамнезе достоверно чаще по сравнению с детьми без анемии отмечались: железодефицитная анемия у беременных – 50% (против 28,6%); отсутствие профилактики железодефицитной анемии у беременных – 68,7% (против 21,4%), раннее искусственное вскармливание – 35,7% (против 18,7%), позднее введение прикорма – 59% (против 38,9%); введение мясного прикорма после 8 мес – 18,7% (против 7,1%), повторные ОРВИ – 62,5% (против 21,4%).

Выводы: таким образом, дети раннего возраста (в особенности 1 года жизни), родившихся от матерей с анемией беременных, находящиеся на раннем искусственном вскармливании с поздним введением прикорма (после 6 мес) и мясного прикорма (позже 8 мес), входят в группу риска по развитию железодефицитной анемии.

КОФФЕРАТ СИНДРОМИНИ ДОРИЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ УСУЛИ

*Халилов О.Н., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.
Анджон давлат тиббиётинститут*

Мавзунинг долзарблиги. Болалар орасида кўп учрайдиган Кофферат синдромини электрофорез усули билан даволаш мақсад қилиб олинди.

Тадқиқот мақсади. Кофферат синдроми бола туғруқ йўлларида ўтаётган вақтда бўйин умуртқаси оралигида диафрагма нервининг қисилиб қолиши натижасида келиб чиқувчи ҳолат.

Асосий белгилари: боланинг тез-тез шамоллаши (ҳансираш, йўтал, чап кўзи қорачигининг бурун томонга силжиши, ўнг қўл ва ўнг оёқнинг сует ишлаши - гемипарез).

Амалиётда юқоридаги симптомлар асосида болаларга асоссиз қуйидаги диагнозлар қўйилган: пневмония; бронхит; сурункали бронхит; аллергияли бронхит; ларингит; сепсис, болалар церебрал параличи. Бу ҳолат боланинг медикаментлар билан асоссиз даволанишига олиб келади.

Ушбу ҳолатни даволашнинг самарали усули бу - физиотерапевтик усул бўлиб, организмга дори моддалар электрофорез ёрдами билан юборилади.

Тадқиқот материал ва усуллари. Амбулатор шароитда 12 нафар болага кўкрак кафаси рентгенограммасига ва клиник белгиларга қараб Кофферат синдроми қўйилди. Болалар тез-тез шамоллаш билан шифохоналарда турли (пневмония, қайталанувчи бронхит, болалар церебрал параличи, гемипарез, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш каби) диагнозлар билан даволанганлар, лекин давонинг самараси кузатилмаган. Уларга қуйида келтирилган муолажа ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Электрофорез ўтказиш тартиби:

- Никотин кислотасига эуфиллин эритмаси билан электрофорез қилиш.

- Новожилова усули ёрдамида новокаин билан электрофорез қилинг.

Битта электродга 0,25% ли новокаин билан ҳўлланган прокладка бўйин

соҳага қўйилади. Иккинчи электрод индеферент бўлиб, биринчи электроднинг юқори ёки паст қисмига қўйилади.

Муолажа вақти 5-10 дақиқа. 1 курс учун 10 та сеанс.

Кузатувда бўлган болалар юқорида келтирилган усул ёрдамида даволандилар. Барча болаларда 2 та курсдан сўнг Кофферат синдромини белгилари йўқолди ва улар соғайиб кетдилар.

Хулоса:

7. Демак, болаларда учрайдиган диафрагма парезини (Кофферат синдромини) даволашда дорили электрофорез яхши ёрдам беради. Бу усулнинг қуйидаги афзалликлари мавжуд:

8. Тана бутунлиги бузилмайди.

9. Антибиотик юборилмайди.

10. Электрофорезни 2 ҳафталик гўдакка ҳам қўллаш мумкин.

11. Усул жуда сода ва осон ва уй шароитида ҳам амалга ошириш мумкин.

METHODS FOR RESEARCH OF DEVELOPMENT OF OVERBODY OF BODY AND OBESITY IN CHILDREN

*Hafizova Zelfira Barievna
Andijan state medical institute*

Relevance. Conducting a genetic study in pediatric practice can help create personalized dietary and therapeutic recommendations, as well as the implementation of appropriate physical activity.

Purpose of the study. To determine the presence of polymorphisms of genes that contribute to the development of excess body fat mass, an increase in the rate of carbohydrate absorption in patients with overweight and obesity to create further personalized recommendations on diet therapy and physical activity.

Materials and research methods. We examined 9 children (3 boys and 6 girls) aged 6 to 10 years. An anamnesis was collected, an objective examination of patients, a biochemical blood test (lipid profile, fasting glucose), hormonal examination (insulin, TSH).

All children underwent genetic testing based on DNA analysis (material - buccal epithelium) with the determination of gene polymorphisms: the FABP2 gene, which regulates the rate of fat absorption; PPARG gene, affecting the growth rate of fat cells; ADRB2 gene, which affects the rate of consumption of carbohydrates in the blood during physical exertion; TCF7L2 gene that regulates the rate of insulin secretion upon glucose uptake.

The results of the study. Overweight had 4 patients, obesity of 1 degree - 2; 2 degrees - 2; grade 3 obesity - 1 child. In all nine patients, unfavorable gene polymorphisms were detected that contributed to impaired fat metabolism. In 5 children, according to DNA analysis, a decreased rate of consumption of carbohydrate reserves in response to increased levels of adrenaline in the blood was noted. In 4 children, a genetic predisposition to a decrease in the rate of insulin secretion in response to glucose intake was revealed.

In a patient with grade 3 obesity, all investigated gene polymorphisms were found that adversely affect carbohydrate and fat metabolism.

Conclusion. All patients showed a genetic predisposition to impaired metabolism of fats and / or carbohydrates. In 9 patients, a predisposition to impaired fat metabolism was revealed, and in 5 out of 9 patients to a violation of carbohydrate metabolism.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ

*Халилов О.Н., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальностью данной работы явилось изучение особенностей ферментативной активности в грудном молоке у женщин с анемией.

Цель работы. В работе изучалось содержание и активность пищеварительных ферментов в грудном молоке у женщин с различной степенью анемии.

Материалом исследования явились образцы грудного молока здоровых женщин и женщин с различной степенью анемии, в которых определялись амилаза, липаза, пепсиноген. На основании исследований установлены тесные связи содержания и выделения гидролитических ферментов в грудном молоке от суточного объема молока, числа кормлений, ферментативного потенциала в организме здоровых и больных женщин с анемией. Сформулировано предположение, что, эти изменения зависят от недостаточности дуоденальных механизмов ферментной регуляции.

Ферменты грудного молока (ГМ) могут синтезироваться молочными железами и (или) высвобождаются из форменных элементов крови в молоко, особенно из лейкоцитов. Показано, что ферменты пищеварительных желез матери транспортируются в кровотоки (инкретируются), откуда поступают в молоко (рекретируются), питательные вещества (белки, жиры, углеводы). ГМ в желудочно-кишечном тракте ребенка гидролизуются с участием этих ферментов.

Вывод. Гидролитические ферменты ГМ играют значительную роль в определении размера аутолитического пищеварения в первые месяцы постнатальной жизни становление ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез ребенка для осуществления собственного пищеварения. При снижении ферментативной активности ГМ рост и развитие детей значительно задерживаются.

ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ФОНИДА РЕЦИДИВЛАНУВЧИ ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

*Халилов С.М., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Мажидова Н.М.
Андижон давлат тиббиёт институти.*

Долзарблиги. Болалар касалликлар орасида бронх-ўпка касалликлари тарқалиши рецидивланувчи обструктив бронхит етакчи ўринларда туради. Эрта ёшли болаларда рецидивланувчи обструктив бронхит оғир клиник кечиши, айниқса дизметаболик нефропатияси мавжуд болаларда касалик рецидивланиши сони юқорилига ҳамда клиник кечиши янада оғир эканлиги ва хаттоки болаларда астматоид ҳолатлар кузатишмоқда.

Мақсад ва вазифалар. Бизнинг мақсадимиз оксалатли нефропатияси мавжуд бемор болаларда, рецидивланувчи обструктив бронхитнинг клиник кечишини ўрганиш ва касалик асоратларга олиб келмасдан эрта самарали даволашга эришиш.

Материал ва усуллар. 28 нафароксалатли нефропатияли беморларда рецидивланувчи обструктив бронхитнинг клиник кечишини ўрганилди, ушбу беморларда клиник тахлиллар умумий қон, сийдик, ахлат тахлили, биохимиявий қон тахлили, қон зардобиди микдори аниқланди, буйраклар ўТТ ва НЧЮТ аниқлаш мақсадида пикфлуорометрия ўтказилди.

Олинган натижалар. 28 нафар 6 ойдан 3 ёшгача беморлар текширилганда ҳамма беморлар сийдик тахлилида ажраётган оксалатлар суткалик микдори 200 мг юқори, умумий қон тахлилида эозинофиллар юқорилиги ҳамда НЧЮТ 80% дан паст эканлиги аниқланди. Шу туфайли рецидивланувчи обструктив бронхит дизметаболик нефропатия фониди оғирроқ кечиши ва рецидивлар сони юқори эканлиги ҳамда клиник манзарасида эрта ёшданок бўғимларида оғриқлар ва уларнинг шишинкираши, қориндаги оғриқлар (буйрак санчиги), ўпкалар зарарланиши кузатилиб, бу белгилар юқорида айтиб утилган аъзоларда оксалатлар чуқишига боғлиқ. Биз рецидивланувчи обструктив бронхитнинг даволашни оксалатли нефропатия биланан биргаликда даволаш амалга оширилди ва беморларга махсус пархезлар буюрилди ва натижада касалик рецидивлар сони камайишга эришилди.

Хулоса. Тажрибалардан ушбу хулосаларга келинди текширилган беморларда рецидивланувчи обструктив бронхит оксалатли нефропатия фониди оғир кечиши рецидивланиши кўп эканлиги. Рецидив обструктив бронхитнинг даволаш билан оксалатли нефропатияларнинг даволаш биргаликда амалга оширилиши зарур. Сийдик кислотали диатезли беморларнинг эрта аниқлаб даволаш олиб бориш ва натижада организм гиперсенситиблизация ҳолатини камайишига ва турли хил аллергия касалликларнинг олдини олишга эришиш мумкин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ВАРИАНТОВ

*Хамдамов Н.Н., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Мажидова Н.М.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Гломерулонефриты представляют серьёзную проблему в детском возрасте. Их лечение строится на данных иммуноморфологического исследования, клиники и исходов предшествующих лечебных мер.

Цель исследования: Определить подходы к лечению различных форм гломерулонефрита у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 26 детей с острым гломерулонефритом. По полученным результатам отмечается выраженная тенденция роста больных детей гломерулонефритом с нефротическим синдромом (НС) и генуинным нефротическим синдромом. НС характеризуется чередованием рецидивов и ремиссий и высокой чувствительностью к кортикостероидам (КСТ). Так как стандартный лечебный режим ребенка с впервые диагностированным нефротическим синдромом включал кортикостероиды, в лечении этих детей мы использовали в

качестве базисного препарата преднизолон в дозе 2 мг/кг до 6 недель. При этом ремиссия наблюдалась у 90% больных и далее преднизолон в той же дозе назначали через день до 6 недель. Однако при данном способе у 5 больных с острым гломерулонефритом отмечались рецидивы, у 2-х больных протеинурия не нормализовалась в указанные сроки.

Гормонорезистентность больных дала основание для подключения в комплекс лечения цитостатика сандиммуна. Сочетанное с преднизолоном применение последнего приводило к наступлению ремиссии (как результат трансформации стероидрезистентных вариантов в стероидчувствительные), либо к удлинению ремиссии. Анализ результатов наблюдения показал урежение числа рецидивов в 28 % случаев. По данным нашей клиники у 30% больных с нефротическим синдромом рецидивы повторялись на протяжении 7-8 лет, у 12% до 10 лет, однако с течением времени их число урежается. Длительное лечение КСТ, особенно при частых рецидивах затруднено из-за большого числа побочных явлений: у 35% больных - остеопороз, гипокальциемический и гипокалиемический синдром, у 2 больных - психозы, у 8 - задержка роста, у 40% - артериальная гипертензия, у 90 % - синдром Кушинга и т.д. Исход болезни – в 90% случаев выздоровление.

Выводы: 1. Рост за последние годы числа больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом;

2. Необходимо в каждом конкретном случае нефротического синдрома индивидуально выбирать схему базисной терапии – кортикостероиды и цитостатики;

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ IgA НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

*Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Ахматалиева М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.*

Актуальность. IgA нефропатия во всем мире является одной из основных причин развития хронической болезни почек (ХБП), и в 20-50% случаев у детей и взрослых приводит к терминальной стадии ХБП (тХБП). Прогнозировать исход IgA нефропатии у детей в начале заболевания сложно. Некоторые исследования, проведенные у взрослых, указывают, что персистирующая протеинурия в динамике является более надежным индикатором неблагоприятного прогноза, нежели протеинурия, выявленная в начале заболевания. Учитывая разноречивые данные относительно диагностической эффективности протеинурии, представляет интерес выявление связи между протеинурией во время всего периода наблюдения и почечным прогнозом IgA нефропатии у детей.

Цель исследования. Изучение долгосрочного прогноза детей с IgA нефропатией и оценка риска развития хронического заболевания почек (ХБП), особенно роли протеинурии в начале заболевания и в периоде наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включено 43 ребенка с IgA нефропатией, верифицированной морфологически, находившихся на лечении в отделении нефрологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии в 2010-2019 гг. Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от исходного уровня суточной протеинурии: 1 группа - без протеинурии (3 детей); 2 группа - легкая протеинурия 0,2-1,0 г в сутки (8 детей), 3 группа - средняя протеинурия 1,1 – 2,0 г в сутки с нормальным уровнем альбумина (не менее 30 г/л) в сыворотке (13 детей), 4 группа - тяжелая протеинурия >2,0 г в сутки с гипоальбуминемией менее 30 г/л в сыворотке крови (19 детей). Период наблюдения составил 7,7±1,2 лет. Исходы заболевания были следующими: 1) нормальная функция почек (СКФ 90-110 мл/мин 1,73м²) с периодами микрогематурии (нормальные анализы мочи в межрецидивный период) без протеинурии; 2) нормальная функция почек (СКФ 90-110 мл/мин 1,73м²), микрогематурия и легкая протеинурия; 3) нормальная функция почек (СКФ 90-110 мл/мин 1,73м²), макрогематурия с тяжелой протеинурией; 4) ХБП 2 и ХБП 3А стадии.

Результаты. Через 7-8 лет лечения и наблюдения у 77% детей с IgA нефропатией была нормальная функция почек, среди них у 19 (44%) детей констатирована ремиссия IgA (с периодами микрогематурии, нормальные анализы мочи в межрецидивный период); 8 (19%) детей имели постоянную микрогематурию с легкой протеинурией; а у 6 (14%) наблюдалась макрогематурия с тяжелой протеинурией. Гипертензия сохранялась у 5 (17%) детей. Изучение исходов IgA нефропатии у детей показало, что у 10 (23%) через 5 лет от начала заболевания развились ХБП 2 и 3 стадии. Из них у 3 детей со средней и 3 пациентов с тяжелой протеинурией развилась ХБП 2ст., что составило 14% случаев. ХБП 3А стадии развилась у 4х детей (9%), из них у 1 - со средней и у 3 - с тяжелой протеинурией.

Выводы.

1. Изучение исходов лечения у больных детей с IgA нефропатией показало, что у 23% из 43 детей в среднем через 7,7 лет развились ХБП 2 и 3 стадии.
2. Уровень протеинурии в периоде наблюдения является фактором риска прогрессирования IgA нефропатии у детей, в частности, протеинурия в периоде наблюдения показывает плохой прогноз с развитием ХБП.
3. Низкий риск прогрессирования IgA нефропатии отмечается у детей с легкой протеинурией или без протеинурии.
4. Комбинированное лечение (стероиды+иАПФ+омега-3 жирные кислоты) снижает риск прогрессирования заболевания.
5. При адекватном лечении IgA нефропатия у детей имеет низкую скорость прогрессирования, однако требует постоянного динамического мониторинга протеинурии.

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОПСИИ ПОЧКИ ПОЧКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ МОЧЕВОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

*Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Шоикромов Ш.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность проблемы: Многие заболевания почек у детей протекают бессимптомно, либо проявляются неспецифическими симптомами, например задержкой роста, анемией и др., что затрудняет их распознавание.

Центральное место в проявлениях поражений почек занимают разнообразные изменения мочи, которые отмечаются как в сочетании с клиническими признаками, так и изолированно. Имеются случаи гломерулонефритов у детей, когда болезнь протекает бессимптомно – имеются только изменения в анализах мочи, такие как микроскопическая гематурия или бессимптомная протеинурия. Гломерулонефрит может бессимптомно прогрессировать вплоть до развития терминальной стадии хронической болезни почек.

Материалы и методы. Исследовали 48 детей (23 мальчика (48%) и 25 девочек (52%), которым проведена биопсия почки при бессимптомной микрогематурии и постоянной бессимптомной протеинурии, возраст детей составил 7-14 лет. В исследование включили только детей с бессимптомным течением болезни. У всех обследованных детей изолированная микрогематурия подтверждалась микроскопией, протеинурию верифицировали как соотношение белок/креатинин в моче, в большинстве случаев измеряли потерю белка за 24 часа. Образцы биоптата почки исследовали световой, электронной и иммунофлуоресцентной микроскопией.

Результаты. По данным морфологического исследования бессимптомная протеинурия и микрогематурия у детей были обусловлены следующей патологией почек: у 23 детей (47%) были выявлены минимальные изменения в клубочках, у 4 (9%) – болезнь тонкой базальной мембраны, у 16 (33%) - IgA-нефропатия, у 4 (9%) – фокально-сегментарный гломерулосклероз, у 1 (2%) - мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит. У детей с бессимптомной микрогематурией в биопсии почек преобладали морфологические варианты IgA нефропатии (44%) и МПН (15%); бессимптомная протеинурия больше встречалась при ФСГС (47%), МИ (31%) и IgA нефропатии (15%); микрогематурия с протеинурией - при ФСГС (41%), IgA нефропатии (28%) и МИ (17%)

Выводы. У детей школьного возраста с бессимптомной гематурией или протеинурией выявлен хронический прогрессирующий нефрит. У детей с бессимптомной протеинурией или с микрогематурией с протеинурией необходимо раннее проведение биопсии почек, так как имеется высокий риск развития IgA-нефропатии. Массовый скрининг анализа мочи является информативным для раннего выявления детей с заболеваниями почек при их бессимптомном течении с изолированным мочевым синдромом. Во время наблюдения суточная потеря белка в моче детей с бессимптомной микроскопической гематурией и протеинурией может стать важным индикатором для проведения биопсии почки, так как наше исследование показало, что белок в суточной моче $>1,0$ г значительно связан с прогрессированием нефрита. Мы полагаем, что изменения в анализе мочи, такие как микрогематурия с протеинурией требуют повышенного внимания нефролога, при наличии показаний - проведения ранней биопсии почки.

BRONXIAL ASTMAGA CHALINGAN BOLALARDA TIREOID STATUSNI TEKSHIRISH USULI

*Xonkeldiyeva X.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Bronxial astma rivojlanish xavfi omillari geterogenligi va mexanizmlari kasallik tipini, BA ni tekshirilgan natijalari tahlili, ularni bir nozologik birligiga emas, balki sindromlariga, nafas yo'llarining holatiga ham bog'liqligini ko'rsatdi.

Bir qator izlanuvchilar kasallikning klinik – patogenetik variantlarini ajratdilar. Aytib o'tilgan omillar kasallikni faol oldini olish chora – tadbirlari o'tkazishga, bronxial astma xuruji chastotasini kamaytirishga qo'l keladi. Bronxial astma shakllanishida turli allergenlar roli yoshga bog'liq holda almashadi.

Izlanish maqsadi. Izlanishdan asosiy maqsadimiz, bronxial astmaga chalingan bolalarda tireoid status holatini to'g'ri baholashni o'zlashtirish natijasida kasallikni davolash va asoratlarini oldini olishdan iborat.

Tekshirish materialari va usullari. Izlanish 2010-yildan 2015-yilgacha Andijon shahar ko'p tarmoqli bolalar shifoxonasining pulmonologiya bo'limiga tushgan 102 ta bronxial astma qayd etilgan bolalarning klinik-laborator tekshirishlariga asoslangan.

Tekshiruv natijalari. Tireoid statusni baholash tireotrop gormon (TTG), triyodtironin (T3), tiroksin (T4), erkin tiroksin (erk. T4) konsentratsiyalarini va ularning o'zaro munosabatlarini aniqlash bilan birgalikda o'tkazildi. Qalqonsimon bezning autoimmun tabiatli jarohatlarini aniqlash uchun tireoglobulina (at-TG) va tireopiroksidazaga (at-TPO) nisbatan antitelolar aniqlandi. Tireoid gormonlar va qalqonsimon bez komponentlariga nisbatan antitelolarni aniqlash «T3-IFA», «T4-IFA», «svT4-IFA», «TTG-IFA», «AT-TG-IFA», «AT-TPO-IFA» immunoferment reagentlari yordamida o'tkazildi.

Xulosa: Ushbu usul tibbiyot institutlari talabalariga bronxial astmaga chalingan bemorlarda tireoid statusni baholash uchun va to'g'ri tashxis qo'yish uchun ko'nikma shakllanishida pedagogik texnologiya sifatida o'rganilmoqda. Talabalar ushbu kasallik dinamikasini baholashni samarali o'zlashtirmoqdalar.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВА

*Ханкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т., Тожибоева Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на множество работ, по исследованию бронхиальной астмы, все же уделяется мало внимания изучению способов реагирования детей и подростков больных бронхиальной астмой на стрессовые ситуации, неосознанные и осознанные защитные стратегии (механизмы психологической защиты, копинг-стратегии), субъективного восприятия ими качества собственной жизни, способов отреагирования негативных эмоций. В исследованиях детей младшего школьного возраста недостаточно учитываются личностные особенности в формировании патологической психосоматической функциональной системы. В доступных нам источниках нет указаний на связь между возрастом больного ребенка и его внутренней картиной болезни защитой от неблагоприятной психологической обстановки, способом восприятия болезни и других особенностей. В связи с чем актуализируется задача исследования

вклада индивидуально-психологических особенностей детей и подростков в формирование патологической психосоматической функциональной системы.

Цель исследования. Цель настоящего исследования - изучение психологических характеристик детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, для экспериментально-методологического обоснования принципов профилактики психосоматических расстройств. Главной задачей массового психопрофилактического обследования является надёжное выявление группы риска для последующего углублённого обследования. Для этих задач нами была разработана формализованная экспресс-анкета, выявляющая предрасположенность к психосоматической форме адаптации за счет нарушения эмоционального реагирования. Показано, что разработанная экспресс-анкета выделяет три группы здоровья у подростков: «здоровые», «пограничные» (подростки без какого-либо хронического заболевания, но с жалобами на здоровье, преимущественно психогенного характера, «психосоматические больные»).

Результаты исследования. У детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, аффективные реакции недостаточно реализуются в поведенческих паттернах и блокируются «интеллектуальным» контролем. Больные бронхиальной астмой отличаются от здоровых сверстников большей приверженностью к социальным нормам, повышенной ответственностью, зависимостью от чужого мнения, осторожностью, обедненным репертуаром проявления чувств и отсутствием спонтанности. Поведенческие проявления эмоциональных переживаний здоровых подростков отличаются большим репертуаром и гибкостью. У больных бронхиальной астмой детей и подростков содержание и диапазон этих проявлений гораздо уже и описывается меньшей совокупностью логических правил, что обуславливает ограничения их адаптационных возможностей и повышает риск возникновения болезни. Выявленные и описанные «симптомокомплексы» позволяют дифференцировать различные механизмы контроля эмоций и стиля эмоционального реагирования у больных бронхиальной астмой. Сходные механизмы эмоционального реагирования и поведенческих проявлений выявленные у больных бронхиальной астмой, и подростков в «предболезненном состоянии» позволяют рассматривать блокирование поведенческого компонента эмоциональной реакции, обусловленное механизмами контроля, в качестве одного из факторов риска развития психосоматических заболеваний.

Предлагаемый психодиагностический алгоритм позволяет выявить «группу риска» при массовых профилактических обследованиях учащихся и, следовательно, обеспечивает повышение эффективности первичной и вторичной психопрофилактики психосоматических заболеваний в условиях образовательных учреждений. Коррекция дезадаптивных особенностей эмоционально-поведенческих реакций является необходимым условием оптимизации программ психокоррекционного консультирования, используемых в групповой и индивидуальной работе с детьми и подростками.

Выводы. Выявленные психологические факторы, способствующие нарушению соматического здоровья в детском и подростковом возрасте, позволили обосновать направления психологической коррекционной работы в целях профилактики заболеваний и укрепления здоровья учащихся. Разработана формализованная экспресс-анкета для психопрофилактических обследований учащихся с целью своевременного выявления групп риска развития психосоматических расстройств (лиц, находящихся в начальной стадии формирования «структурного аттрактора болезни»).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Ханкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т., Тожибоева Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма является полиэтиологическим заболеванием. Известно, что существенное значение в развитии БА принадлежит нервно-психическим факторам. Однако, имеющиеся данные о психосоматических механизмах этиопатогенеза БА отличаются отрывочностью и неопределенностью, ограничиваются констатацией выявления лишь отдельных, малоинформативных психологических и нейрофизиологических параметров. БА часто развивается на фоне специфических психических заболеваний со склонностью к возникновению соматовегетативных расстройств. БА остается самым частым хроническим заболеванием нижних дыхательных путей у детей во всем мире. Поэтому становится актуальным исследование психологической характеристики больных данной патологией.

Цель исследования. Анализ психологических особенностей больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Было проведено тестирование 17 больных бронхиальной астмой, наблюдавшихся в АОДБ с сентября 2019г по январь 2020г, в возрасте от 9 до 15 лет. Анализировались состояние памяти испытуемых, активность и устойчивость внимания, динамика работоспособности, эмоциональные особенности, тревожность, страхи, депрессия, сфера общения и социальных отношений. Использованы методики Лурия и Шульте, рисуночный тест.

Результаты исследования. По результатам методики Лурия была составлена кривая запоминания. В большинстве случаев (42%) кривая носила зигзагообразный характер, что свидетельствует о неустойчивости, колебаниях внимания. В 34% случаев отмечалось ослабление активного внимания и выраженная утомляемость испытуемых. У 24% испытуемых кривая носила восходящий характер, свидетельствующий о том, что функция запоминания не нарушена. При отсроченном воспроизведении слов нарушение памяти отмечалось у 17% пациентов. При анализе методики Шульте 65% испытуемых показали хорошую работоспособность, высокий уровень вработываемости. В 35% случаев больным требовалось больше времени, чтобы влиться в процесс.

При анализе рисуночного теста у большинства пациентов (69%) отмечался повышенный уровень тревожности, в ряде случаев с формированием навязчивых страхов. У 41% исследуемых отмечалась склонность к депрессивным состояниям. Выявлено, что подавляющее большинство пациентов являлись экстравертами (70%), что проявлялось в повышении общительности и потребности во внимании к себе, у половины этих пациентов отмечались признаки демонстративности поведения. Интроверты встречались значительно реже (11%). Мало свойственен такой признак как агрессивность в поведении, которое отмечалось у 3 пациентов, и негативизм - у 1 ребенка. Признаки астенизации отмечались только у 17%. У трети исследуемых больных отмечалась эмоциональная лабильность и напряженность.

Выводы. Бронхиальная астма является заболеванием, оказывающим влияние на психоэмоциональное состояние пациентов в виде повышения уровня тревожности и склонности к депрессивным состояниям, а также формирования экстравертности характера пациентов. Признаки астеновегетативного синдрома, а также нарушение памяти отмечались значительно реже.

VEGETATIV VA TIREOID STATUS BUZILISHLARI BILAN BRONXIAL ASTMA QAYD ETILGAN BOLALARDA ENDOGEN INTOKSIKATSIYA SINDROMI

*Xonkeldiyeva X.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Allergik patologiyalar orasida bronxial astma (BA) yetakchi o'rinda turib, pediatriyaning birdan-bir murakkab muammolaridan bo'lib qolmoqda. Mavjud kasallikning dolzarbligi va ijtimoiy ahamiyati uning tarqalish chastotasi yuqoriligidadir (10–15%).

Izlanish maqsadi. Vegetativ va tireoid status buzilishlari bilan bronxial astmali bolalarda endogen intoksikatsiya sindromini tekshirishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari. Izlanish 2010-yildan 2015-yilgacha Andijon shahar ko'p tarmoqli bolalar shifoxonasining pulmonologiya bo'limiga tushgan 102 ta bronxial astma qayd etilgan bolalarning klinik-laborator tekshirishlariga asoslangan.

Izlanish natijalari. Vegetativ va tireoid status buzilishlari bo'lgan bolalarda o'tkir klinik davridagi laborator tekshirishlar natijasiga ko'ra, endogen intoksikatsiya barcha belgilari sog'lom bolalar guruhiga nisbatan ko'tarilganligini ko'rsatdi. Masalan, 1 guruh bolalarida SMP ko'rsatkichi 94,6%ga va 2 guruhda – 114,6%ga ko'tarilgan, toksik omil 1- guruhda 81,5%ga va 2- guruhda – 134,7%ga ko'tarilgan. SIK ko'rsatkichi 1- guruhda 3,4 marta o'sgan, 2- guruh bolalarida esa 4,1 marta. Ya'ni, BA bo'lgan bolalarda SIK ko'rsatkichi, bemorning og'ir holati bilan bog'liq bo'lgan. Eini baholashda ko'rsatkichlarning ma'lumotkorligini taqqoslab, shuni ta'kidlash kerakki, eng ma'lumotkor ko'rsatkich LII bo'lgan, uning ko'rsatkichi 1- guruh bolalarida 4,4 marta, 2- guruh bolalarida esa 7,4 marta yuqori bo'lgan. Shuni ta'kidlash kerakki, EI – SMP, TF, SIK va LII ko'rsatkichlari intoksikatsiyaning klinik simptomlari bilan taqqoslanganda, eng yuqori ko'rsatkichlar bemorlarda kasallikning o'ta og'ir holatida aniqlangan, EI miqdori ko'rsatkichi qancha yuqori bo'lsa, intoksikatsiya darajasi shuncha yuqori bo'lgan. Shunday qilib, bizning izlanishlar SIK o'sib borishini aniqladi, ma'lumki, ular bakterial infeksiya patogenezida to'g'ridan- to'g'ri rol o'ynaydi. O'rta og'ir holatda SMP ko'rsatkichi, sog'lom bolalar ko'rsatkichiga nisbatan, 14,7%ga, og'ir holatda – 94,6%ga va o'ta og'ir holatda – 141,1%ga ortgan. Toksik omil ko'rsatkichi, sog'lom bolalar ko'rsatkichiga nisbatan, o'rta og'ir holatda 26,4%ga, og'ir holatda – 81,5%ga va u o'ta og'ir holatda – 103,1% ga ko'tarilgan.

Xulosa. Bolalarda BA kelib chiqishi va rivojlanishi xavf omillari quyidagilar: og'irlashgan irsiyat, erkak jinsiga mansublik, bolaning erta yoshi, respirator allergik kasalliklar bilan tez-tez betob bo'lish hamda og'irlashgan allerge-anamnez, bunda ona tarafdan allergiya alohida ahamiyatga ega. EIS bilan kurashish muammosi judayam dolzarb, chunki bu sindromning deyarli barcha bolalar kritik holatlarida o'rni bor va BA patogenezida yetakchi hisoblanadi. Reparativ jarayonlar tugab bitishi va organizm tabiiy funksiyalari keskin pasayishi bilan bemorlarda BA infeksiya-toksik shok rivojlanishi mumkin. Uning rivojlanishi antibiotiklarni yuqori dozalarda qo'llash bilan bog'liq, qo'zg'atuvchilar ko'p miqdorda bo'ladi va endotoksinlar ko'p miqdorda qonga o'tadi, bunda og'ir ahvoldagi organizm holati gemodinamika, to'qimalar sirkulyatsiyasi va perfuziyasining keskin buzilishi bilan og'irlashadi. Shok patogenezida mikro- va makrotsirkulyatsiya buzilishi yetakchi o'rin egallaydi. Aynan yuqori endogen intoksikatsiya bu holatlarda letal yakunning asosiy omili hisoblanadi.

VEGETATIV VA TIREOID STATUS BUZILISHLARI BILAN BRONXIAL ASTMA QAYD ETILGAN BOLALARDA ERITROTSITLAR MEMBRANASIDA PRO- VA ANTIOKSIDANT TIZIMI FAOLLIGI

*Xonkeldiyeva X.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Nafas qisishi qayta xurujlari, surunkali gipoksiya markaziy va vegetativ nerv tizimlari holatiga sezilarli salbiy ta'sir ko'rsatadi. Mazkur muammoda hal qilinmagan savollarga, adaptatsiya shakllanishida gormonal siljishlar, VNS nazorat ta'siri va gormonal javobni hisobga olgan holda yondashish ahamiyatga ega.

Izlanish maqsadi. Vegetativ va tireoid status buzilishlari bilan bronxial astmali bolalarda eritrotsitlar membranasida pro- va antioksidant tizimi faolligini o'rganishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari. Izlanish 2010-yildan 2015-yilgacha Andijon shahar ko'p tarmoqli bolalar shifoxonasining pulmonologiya bo'limiga tushgan 102 ta bronxial astma qayd etilgan bolalarning klinik-laborator tekshirishlariga asoslangan.

Izlanish natijalari. Olib borilgan izlanishlarda, BA bemor bolalar limfotsitlarida antioksidant tizim yetishmovchiligi progressiyasi fonida erkin radikal jarayonlar intensivligining o'sishi, T-limfotsitli immunodefitsit holati chuqurlashishi aniqlandi. Kasalliklar o'tkir davrida MDA darajasi ahamiyatli ko'tarilishi 1-guruh bemorlarida $2,79 \pm 0,11$ nmolgacha, 2-guruhda $8,23 \pm 1,11$ kuzatiladi, bu nazorat guruhiga nisbatan 2,33 va 2,9 ortiq, DK darajasi esa 1-guruhda $3,27 \pm 0,09$ E/ml gacha, 2-guruhda – $5,61 \pm 0,69$. Olingan natijalar POL jarayonlarining ahamiyatli ko'tarilishi haqida ma'lumot beradi. SOD ko'rsatkichi 1-guruhda 99,5%, 2-guruh–99,6% ga pasaygan, bu limfotsitlar membranasida struktur-funksional o'zgarishlar haqida dalolat beradi.

POL va AOS faollashuvi, buning natijasi sifatida, lipid strukturasi o'zgarishlar mavjudligi davolash va yuqoridagi o'zgarishlarni korreksiya qilishga qaratilgan profilaktik tadbirlar o'tkazilishiga asos bo'ladi.

Xulosa. Shunday qilib, o'tkazilgan izlanishlar bolalardagi BA da organizm antioksidant funksiyasi buzilishlari ahamiyatli patogenetik rolini aniqladi. POL-AOZ tizimidagi o'zgarishlar limfotsitlar faoliyati buzilishining asosiy mexanizmi sanaladi. BA da immunokompetent hujayralar funksional faolligi yo'qolishi oqsildan va antioksidant tizimlar disbalansi bilan bog'lash mumkin.

БА патогенеzi haqida yangi ma'lumotlar tahliliga ko'ra POL intensivligi uzoq va ahamiyatli ortishi bronxial astma shakllanishida muhim mexanizm hisoblanadi, limfotsitlar funksional faolligini kamaytiradi, immunodefitsit shakllanadi, natijada kasallik og'ir kechadi.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Ханкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т., Тожибоева Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Бронхиальная астма представляет собой глобальную проблему. Согласно обобщенным данным распространенность бронхиальной астмы в разных странах мира колеблется от 1 до 18 %. Бронхиальная астма является причиной около 250 тыс. смерти населения. Главной целью лечения больных бронхиальной астмой является достижение и поддержание контроля над заболеванием. На сегодняшний день астма контролируется полностью лишь у 5 % больных.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое заболевание, возникающее среди людей всех возрастов, рас и этнических групп, - является постоянно растущей проблемой во всем мире. В России статистика свидетельствует о сохраняющейся тенденции роста заболеваемости и инвалидности, обусловленных БА.

Распространенность этого патологического процесса в общей популяции составляет 5-8%. Одновременно с ростом заболеваемости, нарастает и тяжесть течения этой болезни, что проявляется высокой инвалидизацией и смертностью. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении БА, в настоящее время остаются не решенными многие вопросы терапии БА у детей, постоянно продолжается поиск новых эффективных медикаментозных средств, совершенствуются способы их доставки.

Данные об эффективности различных доз, режимов ведения и длительности лечения БА с использованием современных ингаляционных глюкокортикостероидных и бронхолитических препаратов в основном касаются взрослых больных.

Цель исследования. Изучить общую характеристику обследованных детей бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2018 по 2020 год.

Результаты исследования. Критериями включения в обследование были:

- возраст с 7 до 14 лет;
- бронхиальная астма;
- согласие родителей на участие ребенка в проводимом исследовании.

Для адекватной оценки данных лабораторных исследований были обследованы 40 практически здоровых детей сопоставимого возраста.

Для адекватной оценки данных лабораторных исследований были обследованы 40 практически здоровых детей сопоставимого возраста, имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие, без функциональных и морфофункциональных отклонений.

Анализ распределения обследованных детей по возрасту, показал, что заболеваемость бронхиальной астмой с нарушениями вегетативного и тиреоидного статуса в возрасте до 10 лет выше на 21,4%.

Вывод: Клинические исследования: проводился ежедневный осмотр больных, регистрация и оценка особенностей клинического течения заболевания, выраженность температурной реакции, симптомов интоксикации, катарального синдрома и т.д.

Клинический анализ крови проводили всем больным детям в острую стадию заболевания и в динамике. Общий клинический анализ крови включал определение концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, цветового показателя, количества лейкоцитов, тромбоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и некоторых других показателей, которые были сделаны по клиническим показаниям. Гемограмма приобретала диагностическое значение в совокупности с клиническими признаками.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE EFFECTIVENESS OF PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES

*Khafizova D.B., Dustova N.K.
Bukhara State Medical Institute. Department of Obstetrics and Gynecology*

Relevance: The defeat of the reproductive system of women is one of the leading causes of reproductive loss. In this regard, there is a need for the introduction of laboratory screening of viral and bacterial infections, morphological and hormonal status, with a reproductive loss in history, for timely diagnosis and pathogenic therapy in the pregravid period

Purpose: To study the histological and morphological changes in placental tissue in patients with reproductive losses in order to improve the outcomes of pregnancy and childbirth in women with reproductive losses.

Materials and methods: We studied 90 pregnant women in the period of 14-22 weeks with OAA (burdened by obstetric history) for pregnancy loss. All pregnant women will be divided into 3 groups: Group I (main) 30 pregnant women who underwent etiological pregravid preparation. Group II (control) of 30 pregnant women who did not undergo pregravid preparation and Group III (comparison) of a retrospective group with OAA with pregnancy loss in the period of 14-22 weeks.

Results: Among women of the main group, a morph structural analysis of the placenta in women with reproductive losses revealed bacterial infections and an inflammatory process with massive deposits of fibrinoid masses in the intervillous space, the total fibrinoid transformation of individual villi, the presence of calcifications in combination with areas of fibroid necrosis, indicate their role in intrauterine death. Pathological changes in the membranes and placenta, identified in some types of pathology leading

to the development of inflammation, include swelling of the compact layer of the amnion. In women with reproductive losses due to the loose structure of the connective tissue of the compact layer, the amniotic membrane sometimes completely exfoliated, forming as a result of this amniochorionic space containing layers of fibrinoid.

Conclusion: Infection of the fetoplacental system - which is one of the main causes of spontaneous miscarriages, often causes fetal death and premature birth, is a leading cause of purulent-septic complications in puerperal and is one of the most significant etiological factors of neonatal morbidity and infant mortality.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

*Хафизова Земфира Бариевна
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью нашего исследования явилось изучение влияния вида вскармливания новорожденных с малой массой тела при рождении на содержание углеводов в крови и кишечном содержимом.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ обследования 143 новорожденных детей с гестационным возрастом 23-38 недель. Новорожденные, включенные в исследование, были разделены на следующие группы: 49 новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и 68 новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ). Обе категории включали детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Группу сравнения составили 26 детей с малой массой тела (ММТ) при рождении.

Результаты и обсуждение. Исследование уровня углеводов с калом в раннем неонатальном возрасте у всех детей показало превышение нормально допустимых значений. В позднем неонатальном периоде экскреция углеводов с калом в динамике достоверно увеличилась у детей с ОНМТ с ЗВУР ($p < 0,05$), а также у недоношенных с ОНМТ и ММТ ($p < 0,05$), получавших грудное молоко.

У детей с ЭНМТ с ЗВУР и недоношенностью, ОНМТ с ЗВУР и недоношенностью, а также недоношенных с ММТ, продолжавших получать искусственное вскармливание, экскреция углеводов с калом оставалась повышенной, но в динамике несколько уменьшалась.

При оценке уровня углеводов кала у детей, на искусственном вскармливании с ЗВУР и недоношенностью соответствующих весовых категорий достоверных различий также выявлено не было.

Наиболее высокие показатели экскреции углеводов с калом наблюдались у детей с ОНМТ с ЗВУР, а также у недоношенных с ОНМТ и ММТ с достоверно более высокими показателями экскреции углеводов с калом в позднем неонатальном периоде ($p < 0,05$). Полученные данные могут свидетельствовать о более высоких адаптивных способностях ферментных систем желудочно-кишечного тракта у новорожденных с ОНМТ по сравнению с ЭНМТ.

Динамический анализ гликемии крови у детей с ЭНМТ, находившихся на искусственном вскармливании и детей с ОНМТ и ММТ, которые получали как нативное грудное молоко, так и смесь для недоношенных новорожденных, показал, что у всех детей уровень глюкозы крови находился в пределах референтных величин. Однако более низкие значения глюкозы крови на 10 и 20 сутки жизни наблюдались у детей с ОНМТ ($p < 0,05$), которые вскармливались только грудным молоком, по сравнению с детьми, которые получали адаптированную смесь. Аналогичная ситуация отмечалась и с детьми с ММТ. Более низкие значения гликемии крови наблюдались у детей на грудном вскармливании ($p < 0,05$) по сравнению с детьми, которые потребляли адаптированную смесь для маловесных новорожденных.

Анализируя характер вскармливания и уровень гликемии у наблюдаемых детей, следует отметить, что более низкие значения гликемии крови наблюдались у детей, которые получали грудное молоко, по сравнению с детьми, которые потребляли адаптированную смесь, что находится в соответствии с результатами ряда авторов [10]. Этот факт можно объяснить более медленной утилизацией углеводов у детей на искусственном вскармливании и более высокими значениями гликемии крови у этой категории детей.

Выводы. Высокий уровень экскреции углеводов с калом у детей с малой массой тела при рождении в течение всего периода наблюдения, что при отсутствии патологических клинических признаков, следует расценивать как проявление транзиторной лактазной недостаточности у маловесных новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловой сидерурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний - у 69 детей (55,2%) и рвоты - 18 (14,3%). Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 - 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Вывод. Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

*Хашимова З.М., Халилов О.Н., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. В структуре заболеваемости детей раннего возраста обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест. Большая частота их обусловлена высокой контагиозностью инфекции, различных аллергенов и анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, иммунобиологическими свойствами ребенка.

Целью настоящей работы явилось изучение реабилитации детей, перенесших обструктивный бронхит.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 детей от 3-х месяцев до 3-х лет с обструктивным бронхитом. У 86% детей имелись проявления фоновых заболеваний (экссудативно-катаральный диатез, рахит, анемия, гипотрофия). Болезнь у этих детей характеризовалась более затяжным течением, частыми рецидивами.

Эти дети были взяты на диспансерный учет и был составлен план намеченных реабилитационных мероприятий (диета, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, массаж, витаминотерапия).

Детям с рахитом и экссудативно-катаральным диатезом применялся электрофорез с кальцием, назначались антигистаминные препараты, пиковит по 1 ч.л. 3 раза в день, УФО-терапия, массаж. При гипотрофии в комплекс лечебных мероприятий включали метандростенолон, УФО, массаж, УВЧ-терапия в межлопаточную область. Детям с анемией назначали ферронатогспензию по 1 ч.л. 2 раза в день в течение месяца. После проведенной реабилитации частота рецидивов и повторная заболеваемость сократилась, выздоровление происходило в более ранние сроки.

Проведены отвлекающие процедуры (горячие ручные и ножные ванны с постепенным повышением температуры воды с 37°C до 41°C в течение 10-15 мин, горячие обертывания грудной клетки по Залманову, тепловые процедуры на грудную клетку (но не горчишки) пихтовые и другие масла, обладающие резким запахом).

Результаты исследования. Применение ингаляционных форм симпатомиметиков позволяло уменьшить необходимую дозу лекарственного вещества и снизить системный эффект симпатомиметиков. При этом, положительный эффект отмечали уже через 10-15 минут.

Лечебная физкультура и массаж грудной клетки, (особенно вибрационный), дыхательная гимнастика в обязательном порядке назначались всерьезным при нетяжелом течении и не на высоте обструкции.

Вывод. Таким образом, систематически проводимые реабилитационные мероприятия способствуют более быстрому улучшению состояния больных с обструктивным бронхитом и предупреждают повторную заболеваемость.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. В отечественной литературе данные о распространенности дефицита железа (ДЖ) у детей по большинству регионов отсутствует. Кроме того, нет данных о факторах риска развития не только дефицита железа в целом, но и железодефицитной анемии (ЖДА) и латентного дефицита железа (ЛДЖ), что затрудняет проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. Проведение исследований по выявлению факторов риска развития ЖДА и ЛДЖ у детей в Республике Узбекистан, где почти каждый второй или третий ребенок страдает дефицитом железа, является исключительно важным обстоятельством.

Цель исследования. Исходя из этого нами поставлена цель - изучить факторы риска развития дефицита железа (ДЖ), выделив при этом наиболее значимые из них для детей республики.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования была репрезентативная выборка детского населения Андижанского вилоята, состоящая из 4419 детей в возрасте 1-15 лет.

С целью выявления, измерения и сравнительной оценки степени влияния различных факторов на ДЖ к исследуемой группе больных подобрана группа из 1285 детей того же возраста. Измерение проводилось с помощью

тетрахорического коэффициента (показатель соответствия). По его величине определено их весовое значение. Рассчитан относительный риск (ОР).

При выявлении и учете факторов риска развития ДЖ акцент делался на основные управляемые факторы со стороны матери (социальное положение, количество детей; медико-биологические - число беременностей и родов, осложнения беременности и родов, экстрагенитальные заболевания; экологические факторы - влияние окружающей среды, наличие пестицидов) и со стороны ребенка (медико-социальные факторы: недоношенность, дети из двойни, дети с малой массой и избыточной массой тела при рождении; вскармливание ребенка: естественное, смешанное, искусственное, несбалансированное вскармливание и питание; организованность;

Результаты исследования. Для изучения влияния факторов внешней и внутренней среды на возникновение дефицита железа исследовано 36 социально-биологических факторов, из них 28 оказались статистически значимыми. По уровню надежности из всех факторов наиболее значимыми оказались фактор питания, экологический фактор, заболеваемость ОРВИ, а также состояние здоровья матери, её возраст и образование.

Вывод. Таким образом, многофакторальное эпидемиологическое исследование позволяет выявить контингент детского населения, имеющий высокую степень риска возникновения дефицита железа. Установлено, что у детей из групп риска дефицит железа возникает в 18,5 раз чаще, чем в общей популяции.

РОЛЬ ПРИРОДНЫХ АНТИГЕНОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ

Хикматова Н.И., Пахомова Ж.Е.

Бухарский медицинский институт, кафедра акушерство и гинекологии №1

Формирование репродуктивной функции является сложным вопросом. Многофакторность причин развития нарушений репродуктивной функции требует детально подходить ко всем внешним и внутренним причинам развития патологии репродуктивной системы.

Целью нашего исследования явилась оценка возможной сенсибилизации женщин, страдающих бесплодием к природным антигенам.

Материал и методы. Нами были исследованы 60 сывороток женщин на определение уровня специфических IgE. Анализ профилей IgE-сенсибилизации к аллергенным молекулам был проведен с использованием IBM SPSS 20 и Microsoft Excel.

Результаты. Для оценки сенсибилизации женщин, страдающих бесплодием, был проведен анализ к 20 аллергенным молекулам и экстрактам эпидермиса животных, а также к 16-ти аллергенным молекулам и экстрактам пищи животного происхождения. Так, у женщин с бесплодием определена сенсибилизация к аллергенной молекуле Feld 2, являющейся альбумином кошки (20%), к мясу и к эпидермису коровы (17,5%).

Выводы. Наличие сенсибилизации женщин, страдающих бесплодием, к повседневным продуктам питания и домашним животным, может быть фоном для стойкого нарушения функции репродуктивной системы.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Ходжаева З.К.

Ургенчский филиал ТМА

Актуальность проблемы. Патология плода и новорожденного предопределяет как постнатальное развитие ребенка, так и здоровье взрослого человека. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности велика роль акушерской и экстрагенитальной патологии. Очевидно, что снижение заболеваемости и смертности плода и новорожденного ребенка является важнейшей медицинской и социальной проблемой. Экстрагенитальные заболевания беременных одна из главных причин материнской и перинатальной смертности. Общие закономерности нарушений иммунного гомеостаза при беременности и их влияние на развитие плода до настоящего времени остаются в стадии изучения. Нарушения регуляции иммунологического ответа материнского организма на генетически чужеродный плод оказывают неблагоприятное воздействие на процессы раннего онтогенеза и могут приводить к прерыванию беременности либо к формированию перинатальной патологии. Влиянию различных неблагоприятных факторов особенно подвержено клеточное звено иммунитета плода и новорожденного. Чем раньше плод начинает испытывать воздействие патогенных факторов, тем более выражены у новорожденного нарушения функций различных систем гомеостаза, что значительно затрудняет их постнатальную адаптацию и увеличивает вероятность развития различных заболеваний в последующие месяцы жизни.

Цель исследования — изучение иммунологических особенностей периода ранней адаптации новорожденных от женщин с патологически протекающей беременностью.

Материалы и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 122 детей в динамике периода ранней адаптации к внеутробной жизни: 43 ребенка от женщин с преэклампсией, 27 детей от женщин с фетоплацентарной недостаточностью, 20 детей от женщин, беременность которых была осложнена урогенитальной инфекцией и 42 доношенных новорожденных от женщин с физиологическим течением беременности. Изучали показатели клеточного иммунитета и особенности экспрессии маркеров активации лимфоцитов. Наряду с разнонаправленным влиянием различных осложнений гестации на процессы формирования системы иммунитета плода и новорожденного, выявлены общие закономерности изменения параметров клеточного иммунитета в период ранней адаптации детей от женщин с патологически протекающей беременностью. Наиболее выраженные отклонения от нормальных процессов иммунологической адаптации в первую неделю жизни выявлены при оценке рецепторного аппарата лимфоцитов в отношении экспрессии маркеров, характеризующих функциональное состояние этих клеток.

Результаты и их обсуждения. Патологически протекающая беременность оказывала непосредственное влияние на формирование системы иммунитета новорожденных в период ранней постнатальной адаптации. Процессы становления иммунитета у детей происходили по-разному в зависимости от осложнения беременности у матери, что свидетельствует о влиянии нарушений в системе мать — плацента — плод на формирование иммунной системы в раннем онтогенезе.

Количество лейкоцитов в пуповинной крови во всех основных группах было существенно ниже, чем у здоровых новорожденных, и если к 5-7 суткам жизни этот показатель у новорожденных от женщин с преэклампсией и ФПН приближался к значению, характерному для здоровых детей, то у новорожденных от женщин с урогенитальной инфекцией общая численность лейкоцитов оставалась сниженной. Относительное содержание лимфоцитов в начале периода ранней адаптации, напротив, было повышенным во всех группах детей, а к концу этого периода сохранялось на повышенном уровне только у новорожденных от женщин, беременность которых была осложнена преэклампсией. На уровне абсолютных значений выявлено повышение общей численности лимфоцитов у этих детей, в сравнении с данным показателем в группе здоровых новорожденных, как в начале периода ранней постнатальной адаптации, так и в конце.

Выводы. Исследование клеточного иммунитета новорожденных на протяжении периода ранней адаптации позволяет оценить влияние неблагоприятных факторов на иммунокомпетентные клетки в условиях внутриутробного развития и способность иммунной системы к полноценной адаптации к внеутробной жизни. От того, насколько становление системы иммунитета у новорожденных от женщин с патологически протекавшей беременностью в первую неделю жизни будет отличаться от этого процесса у здоровых детей, зависит дальнейшее постнатальное развитие и состояние здоровья этих детей. В динамике периода ранней адаптации иммунологические параметры новорожденных от женщин с патологически протекавшей беременностью стремятся приблизиться к значениям, характерным для здоровых новорожденных, и, как показал анализ полученных данных, в ряде случаев наиболее выраженные отклонения в показателях пуповинной крови становятся менее значимыми к концу первой недели жизни новорожденных, а менее выраженные отклонения приближаются к норме. Однако на уровне отдельных параметров иммунитета новорожденных от женщин с различными осложнениями беременности к концу периода ранней постнатальной адаптации имело место сохранение либо появление достоверных отличий от аналогичных показателей в группе здоровых детей, что свидетельствует о непосредственном влиянии патологических процессов при беременности на развитие плода и становление его иммунной системы.

Несмотря на разнонаправленное влияние различных осложнений гестации на процессы формирования системы иммунитета плода и новорожденного, выявлены общие закономерности изменения параметров клеточного иммунитета в период ранней адаптации новорожденных от женщин с патологически протекающей беременностью. В соответствии с ними, начало периода адаптации таких детей характеризуется снижением количества лейкоцитов, увеличением относительного содержания лимфоцитов и повышением относительного и абсолютного содержания натуральных киллеров, а завершающий этап сопровождается повышением относительного содержания NK-клеток в сравнении с аналогичными показателями у здоровых новорожденных.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННОСТИ

*Ходжаева Ф.Т., Исламова З.К., Маматова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Повышение эффективности лечения раннего токсикоза беременных средне - тяжелой степени за счет включения в комплексную терапию эссенциального витаминно-минерального препарата Пирацин-RG (комбинация пиридоксина и цинка).

Материалы и методы исследования. Были обследованы 66 пациенток в первом триместре беременности в возрастном аспекте от 18 до 36 лет, из которых 42 беременных со средней степенью тяжести рвоты, 13 больных с токсикозом тяжелой степени и 11 здоровых беременных (контрольная группа). Для определения степени тяжести рвоты беременных наряду с клиническим обследованием были проведены лабораторные исследования крови (уровень гемоглобина, количество эритроцитов, гематокрит) и мочи (наличие ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка). Биохимическое исследование крови включало определение билирубина, общего белка, остаточного азота, мочевины, электролитов, трансаминаз, глюкозы, показателей кислотно-основного состояния и коагулограммы. Важным являлось проведение УЗИ печени, почек, а также оценка состояния органов малого таза и эмбриона. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от проведенной терапии. Первую группу составили 35 пациенток. 22 беременные со средней степенью токсикоза и 7 беременных с тяжелой степенью токсикоза. Для лечения и профилактики его осложнений назначали Пирацин-RG, наряду с комплексной терапией, в оптимальной дозе по 5 мг в день внутримышечно в течение 10 дней. В лечении пациенток второй группы была применена традиционная терапия раннего токсикоза беременных в зависимости от степени тяжести заболевания, которая включала метоклопрамид, инфузионную терапию, инъекции витаминов группы В и коферментов. Комплексная терапия включала нормализацию обменных нарушений и массы тела с помощью легкоусвояемой диеты на фоне лечебно-охранительного режима. Клинико-лабораторные показатели определяли до, в процессе и после лечения. До лечения о клинических проявлениях раннего токсикоза беременных средне - тяжелой степени свидетельствовали частота рвоты до 8-10 раз в сутки, потеря массы тела на 2-6 кг за 2 недели, признаки обезвоживания организма.

Результаты. В 1 и 2 группах в 92,0% и 78,8% случаях соответственно наблюдалось стойкое прекращение рвоты, нормализация массы тела, ликвидация обезвоживания и потери солей. Кроме того, пациентки, получавшие Пирацин-RG, отмечали уменьшение головных болей, улучшение самочувствия, нормализацию сна, повышение тургора кожи, отсутствие запаха ацетона изо рта, увеличение диуреза в ближайшие 5-7 дней от начала терапии. Результаты лечения эссенциальным витаминно-минеральным комплексом Пирацин-RG по схеме 5 мг (2 мл) в день внутримышечно ежедневно в течение 10 дней в 2 этапа с перерывом в 2 недели может быть рекомендовано в комплексном лечении раннего токсикоза беременных. Беременным группы риска и при легкой рвоте рекомендуется применять препарат профилактически курсом не менее 2 недель, что позволяет не только предупредить развитие среднее - тяжелой и тяжелой (чрезмерной) рвоты, но и

обеспечить оптимальные условия для плацентации, развития плодного яйца и эмбриона, предотвратить развитие гестоза во второй половине беременности и плацентарной недостаточности.

Выводы. Таким образом, применение витаминно-минерального препарата Пирацин-RG наряду с комплексной терапией повышает биодоступность традиционно назначаемых лекарственных препаратов с одновременным улучшением их переносимости, является абсолютно безопасным, оправданным методом лечения и способствует уменьшению манифестных клинических проявлений токсикоза беременных и ускорению сроков выздоровления.

БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ

Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х.

Андижон давлат тиббиёт институт

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда анемияни келтириб чиқарувчи сабаблардан бири болаларни гижжалар билан касалланганлигидир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотида кўра болалар орасида энг кўп тарқалган гельминтоз касаллиги бу аскаридоздир.

Тадқиқот мақсади. Аскаридоз натижасида келиб чиққан анемияни даволаш асосий мақсад қилиб олинди.

Тадқиқот материал ва усуллари. Қўйилган мавзун амалга ошириш мақсадида 50та 7-14 ёшли болалар (30 та киз бола, 20 та ўғил бола) текширувга олинди.

Текширувдаволашболаларполиклиникасувайшароитидаолибборилди. Даволашмуолажасибошлангунчаперифериккон (умумқабулқилинганусулбилан) ва ахлат текширилди (гижжалар ёкиуларнитухумианиқланди). Болаларга Тимьян мойи буюрилди. 3 та 10 кунлик цикл оралиғида 1 хафтадан танаффус. 7-10 ёшга - 2 томчи, 7-14 ёшга -3 томчидан берилди. Курс муддати 45 кунни ташкил қилди.

Сўнгра болаларга антианемик препаратлар-кобавит 10 мг х 2 махал ва ферроплекс препарати 1 таблетка 2 махалберилди (1 ой). Даволашнатижасишуни кўрсатдиқондаги гемоглобин миқдори40-45 г/л га ортди (даволашгача65-70г/л бўлса, даволанганданкейин 105-115 г/л ни ташкилқилди). Нажас текширувида берилган дори таъсирида аскарида кўп миқдорда чиқиб кетиши аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Болаларда аскаридоз касаллиги натижасида келиб чиққан анемияни даволашнинг энг самарали усули Тимьян мойива антианемик препаратлардан кобавит ва ферроплексдир. Бу препаратлар берилгандан сўнг болаларнинг иштахаси очилгани, тери ва шиллик пардалари ранги ижобий томонга ўзгарилганлиги кузатилди.

Хулоса. Бу препаратлар ичида тимьян ва кобавит табиий фитоиммунотуляторлар бўлиб организмга ноҳўя таъсир кўрсатмайди, уни қўллаш усули оддий, иктисодий жихатдан жуда энгил ва даволашни уй шароитида ҳам олиб бориш мумкин.

К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Проблема профилактики и лечения детей с дефицитом железа, с его клиническими проявлениями (латентный дефицит железа - ЛДЖ, железодефицитная анемия - ЖДА) является исключительно актуальной, требующей унификации этиологических и патогенетических принципов и подходов с учетом региональных особенностей возникновения и развития данной патологии.

Цель исследования. Учитывая это, нами разработана и применена в клинической практике новая композиция натриевой соли орто-карбокисбензоилферроцена в пищевом яблочном соке, которая названа «Ферман» (имеется разрешения фармкомитета за № 211-15-823).

Ферман в своем составе не содержит дополнительных наполнителей и в отличие от Ферроцерона, имеет сладкий вкус, слабо ароматный запах легко усваивается организмом, что открывает большие возможности для его широкого применения в педиатрии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились (в амбулаторных условиях) 158 детей с железодефицитной анемией в возрасте 1-15 лет.

С учетом возраста они были распределены на 3 группы: I группа - дети в возрасте до 3- лет (49 больных); II группа - дети в возрасте 3-6 лет (50 больных) и III группа - 59 детей в возрасте 7-15 лет. Диагноз ЖДА ставили на основании общепринятых критериев.

Ферман назначался детям I группы по 5 мл (в 1 мл фермана содержится 3,12 мг элементарного железа) 3 раза в день; дети II группы получали по 10 мл 3 раза в день и дети III группы получали по 15 мл 3 раза в день в течение 20-25 дней. Применение препарата в таких дозах не оказало побочного действия ни у одного больного. Фон фармакологической терапии был одинаковым во всех группах.

Результаты исследования. Об эффективности проводимой терапии судили по изучению в динамике (5-й, 10-й, 25-й дни) количественных и качественных показателей периферической красной крови и обмена железа.

Анализ полученных данных показал, что у больных с ЖДА во всех возрастных группах сыновороточного железа в процессе лечения неуклонно увеличивался, начиная уже с 5-го дня терапии и нормализовался к 25 - му дню лечения.

Вывод. В конце курса лечения во всех возрастных группах отмечалось достоверное увеличение уровня гемоглобина. Суточный прирост гемоглобина составил в исследуемых группах в среднем 2,23 г/л; 2,13 г/л; 2,28 г/л соответственно. Такое ежедневное увеличение уровня гемоглобина позволяет считать терапию весьма эффективной.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Хусанова Х.А., Адилова Г.Р., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) в мире являются одной из самых частых форм пороков развития, составляя у детей в возрасте от 0 до 14 лет 40,35%, от 15 до 17 лет – 40,0%, у взрослых – 47,6% от всех пороков развития. Ежегодно рождаются 8–11 детей с ВПС на 1000 новорожденных.

Возможно сочетание данных пороков со следующими аномалиями развития: – обструкция выводящего тракта ЛЖ, клапанный и подклапанный стеноз легочной артерии, атрезия легочной артерии; – коарктация аорты, перерыв дуги аорты; – ДМЖП, ДМПП, ОАП, АВК; – вторичная обструкция оттока из желудочка с небольшим ДМЖП, атрезией ТрК и ТМС, бульбовентрикулярное отверстие при едином желудочке; – стеноз и недостаточность атриовентрикулярных клапанов; – частичный или тотальный аномальный дренаж легочных вен; – отсутствие печеночного сегмента нижней полой вены с соединением ВПВ с непарной или полунепарной веной; – левая верхняя полая вена, отсутствие безымянной вены, отсутствие правой ВПВ, впадение нижней или верхней полой вены в левое предсердие или коронарный синус; – стеноз или атрезия отверстия коронарного синуса; – полиспления или аспления.

Цель исследования. Определить особенности электрокардиографии (ЭКГ) и холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ) у детей 1 года жизни с ВПС.

Материалы и методы исследования. Группа наблюдения (n = 61) была разделена на 3 подгруппы по тяжести нарушений гемодинамики (Hoffman J.I.E, 2002 г.). Первая подгруппа (I) — 20 детей с тяжелыми цианотическими ВПС (синдром гипоплазии правого сердца, транспозиция магистральных сосудов, тотальный аномальный дренаж легочных вен, тетрада Фалло, аномалия Эбштейна, двойное отхождение сосудов от правого желудочка, общий артериальный ствол); вторая подгруппа (II) — 21 ребенок с тяжелыми ацианотическими ВПС (коарктация аорты, стеноз аортального клапана, атрио-вентрикулярный канал, большой дефект межжелудочковой перегородки); третья подгруппа (III) — 20 детей с ВПС средней и легкой степени тяжести (дефект межпредсердной перегородки, малый дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, порок развития трикуспидального клапана, стеноз легочной артерии). Оперативное вмешательство выполнено 34 детям: 16 из I и 18 из II подгруппы. Инструментальное обследование проводилось в 3, 6, 12 месяцев.

Результаты исследования. При тяжелых ВПС, в сравнении с III подгруппой, отмечена большая частота вегетативной дисфункции: брадикардии (39% и 16% соответственно, $p < 0,006$) и синусовой аритмии (37% и 17%, $p < 0,03$). Нарушения сердечной проводимости (НСП) чаще наблюдались при тяжелых ВПС (44% и 13%, $p < 0,001$).

Среди НСП в группе тяжелых ВПС преобладали блокады ножек пучка Гиса (БНПГ), к году встречаясь, по ЭКГ — у 45% детей (13% — в III подгруппе, $p < 0,05$), по ХМ-ЭКГ — у 29% (0% — в III подгруппе, $p < 0,03$). В I подгруппе частота БНПГ по ХМ-ЭКГ увеличилась с 11% в 3 месяца до 38% к 12 месяцам, во II подгруппе — с 11% до 21%; частота атриовентрикулярной блокады — с 0% до 15% и с 12% до 29%.

Вывод. Дети с тяжелыми ВПС на 1 году жизни чаще демонстрировали вегетативную дисфункцию и имели большую частоту НСП, чем дети, имевшие ВПС легкой и средней степени тяжести.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность проблем течения гестации и исходов родов у беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД) не имеет тенденции к снижению, что связано с увеличением роста заболеваемости сахарным диабетом среди женщин во всем мире (143 млн), из которых на долю ГСД приходится 4-6%. Перинатальная смертность при ГСД составляет от 10-95 %. По данным Себко Т.В., ГСД у 80% женщин сопровождается акушерскими и диабетическими осложнениями, возникновением пороков развития плода.

Состояние плода и новорожденного при СД матери имеет ряд особенностей, наиболее тяжелой и специфической из которых является симптомокомплекс диабетической фетопатии (ДФ), рассматриваемый в настоящее время как заболевание, которое требует лечения не только в неонатальном периоде, но и в последующем. Актуальность проблемы ДФ наиболее велика именно для ГСД, так как позднее выявление нарушений углеводного обмена, недооценка факторов риска, неиспользование или неэффективное использование существующих скрининговых программ, позднее начало и неадекватность терапии приводят к тому, что ДФ при ГСД формируется в 40-60% случаев.

Цель исследования. Изучить влияние метаболических нарушений и индекса массы тела (ИМТ) у женщин с ГСД на развитие диабетической фетопатии у ребенка.

Материалы и методы исследования. Проводилось ретроспективное исследование 29 новорожденных детей, родившихся от матерей с ГСД, наблюдавшихся на базе АОДБ г. Андижана с января по ноябрь 2019 г.

Критерием включения ребенка в исследование являлся установленный диагноз ГСД у матери новорожденного. Симптомокомплекс диабетической фетопатии (ДФ) выявлен у 15 детей (основная группа), отсутствие ДФ установлено у 14 (группа контроля). Проведен анализ особенностей беременности и родов, а также перинатальных исходов у женщин с ГСД.

Результаты исследования. Поздние сроки диагностики ГСД отмечали у матерей новорожденных основной группы по сравнению с матерями здоровых детей — 30 [19; 37] и 25,2 [6; 37] нед соответственно ($p < 0,05$). Установлено, что ожирение I–II ст. (ОШ 6,8; 95% ДИ 1,12–41,8, $p < 0,05$) и исходно высокие значения ИМТ (ОШ 5,5; 95% ДИ 1,2–28,4, $p < 0,05$) у женщин с ГСД были факторами, связанными с реализацией диабетической фетопатии у новорожденного.

У матерей новорожденных с ДФ обнаруживали ускорение темпа роста плода (46%; $p = 0,3$) и многоводие (26,6%; $p = 0,45$) по данным пренатального ультразвукового скрининга. В структуре симптомокомплекса ДФ у детей основной группы по сравнению с группой контроля в 4,5 раза чаще выявляли макросомию (60 vs 14%; $p = 0,03$) и гипогликемию (80 vs 35,7%; $p = 0,04$).

Вывод. Нарушения исходного метаболического статуса у женщин, высокие значения ИМТ на момент наступления беременности, поздняя диагностика ГСД увеличивают частоту неблагоприятных перинатальных исходов с развитием симптоматической диабетической фетопатии у новорожденного.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРЯМЫХ И КОСВЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

Чеботарёва Т. А., Демина О.И., Тихомиров Д.С., Мазанкова Л.Н., Туполева Т.А.

ФГБОУ ДПО «Российская Медицинская Академия Непрерывного Профессионального Образования» Минздрава России, Москва, Россия

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность проблемы: Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – заболевание, характеризующееся повышением температуры, тонзиллитом, поражением лимфоузлов, увеличением печени и селезенки, изменениями в гемограмме. Заболевание может быть вызвано вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), который является самым частым этиологическим агентом инфекционного мононуклеоза, а также цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом герпеса человека 6 (ВГЧ 6), причем вирусы могут присутствовать в моно-варианте, в сочетании друг с другом, а также в различных фазах инфекционного процесса – первичной или реактивированной. В настоящее время существует широкий спектр лабораторных технологий, позволяющих верифицировать этиологию инфекционного мононуклеоза, однако интерпретация полученных результатов сохраняет свою сложность.

Цель исследования: обоснование совместного применения двух методов лабораторных тестов (прямых и непрямых) для достоверной этиологической расшифровки инфекционного мононуклеоза.

Материал и методы исследования. На базе ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России и ГБУЗ «ДГКБ им З.А.Башляевой ДЗМ» нами было обследовано 107 детей с инфекционным мононуклеозом. В отделе вирусологической диагностики ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России проводилась этиологическая расшифровка, включающая прямые (с выделением ДНК вирусов ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ 6 количественным методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в мононуклеарах периферической крови) и непрямые (с определением антител методом иммуно-ферментного анализа (ИФА) к вирусным белкам ВЭБ – IgM VCA, IgG EA, IgG EBNA; и ЦМВ – IgM CMV, IgG CMV). Изолированное выделение анамнестических титров IgG EBNA и IgG CMV без маркеров активной герпесвирусной инфекции с помощью ИФА или ПЦР в исследовании не учитывалось. Наличие активной ВГЧ 6 устанавливалось только методом ПЦР, поскольку в РФ нет тестов, определяющих анти-ВГЧ 6 IgM в крови, оценить фазу ВГЧ 6 инфекции не представлялось возможным.

Результаты исследования. В структуре инфекционного мононуклеоза маркеры активной ВЭБ инфекции выявлялись у 82 пациентов (76,64%), из них на долю первичной инфекции приходилось 50,47% (54 человека), на долю реактивированной – 26,17% (28 человек). Первичная ЦМВ обнаруживалась у 9 человек (8,41%), реактивированная – также у 9 пациентов (8,41%). Активная ВГЧ 6 у пациентов с инфекционным мононуклеозом составляла 48,60% (52 ребенка). Было сформировано 5 групп, в которые вошли дети с инфекционным мононуклеозом, обусловленным: в Группе 1 – первичной моно-ВЭБ-инфекцией ($n=29$), в Группе 2 – реактивированной моно-ВЭБ-инфекцией ($n=16$), в Группе 3 – первичной ВЭБ-инфекцией в сочетании с другими герпесвирусами (ЦМВ, ВГЧ 6; $n=25$), в Группе 4 – реактивированной ВЭБ-инфекцией в сочетании с ЦМВ и ВГЧ 6 ($n=12$), в Группе 5 – активной ВГЧ 6 инфекцией (моно- или в сочетании с реактивированной ЦМВ; $n=25$).

Было установлено, что при первичной и реактивированной инфекции отмечается разная иммунная реакция. Частота выявления маркера IgM VCA в Группе 1 составляла 82,76% (24 ребенка), в Группе 3 – 43,75% (7 детей) достоверность различий группами $p < 0,05$ (z-тест); также была отмечена достоверная разница между Группой 2 (маркер выделен у 23 детей – 92) и Группой 3, $p < 0,05$, z-тест. IgG EA EBV выделен у 13 детей в Группе 1 (44,83%), а в Группе 2 – у 2 детей (12,5%), достоверность различий $p < 0,05$ (точный критерий Фишера, двусторонний), частота выявления маркера в Группе 4 составляла 8,33% (1 ребенок), что являлось достоверной разницей с Группой 1 $p < 0,05$ (точный двусторонний критерий Фишера).

При первичной и реактивированной ВЭБ инфекции применение только одного метода ИФА (без дополнения расшифровки методом ПЦР) ограничивает интерпретацию результатов, поскольку при первичном ВЭБ-ИМ обнаружение IgM VCA EBV отмечается у 87,04% и IgG EA EBV у 40,74% пациентов по сравнению с 53,57% и 10,7% пациентов с реактивированным ВЭБ-ИМ, $p < 0,05$, z-тест и $p < 0,05$, z-тест соответственно. При реактивированной ВЭБ достоверных различий в уровнях протективных антител IgG-EBNA1 (>5 у.е.) не отмечалось.

Поскольку активность ЦМВ отмечалась лишь у 18 пациентов с инфекционным мононуклеозом, не удалось выявить каких-либо закономерностей в антительном ответе при первичной и реактивированной инфекции.

Нами не было установлено достоверного значимого различия в уровне вирусной нагрузки (более или менее 500 копий/105 клеток) ВГЧ 6 и ВЭБ у детей всех возрастных групп, что говорит о возможности применения не количественных, а качественных ПЦР-тестов для этиологической диагностики инфекционного мононуклеоза у детей. Выявить аналогичные закономерности для ЦМВ не представлялось возможным из-за малочисленности выборки.

Установлено, что частоты выявления ДНК ВЭБ и ДНК ВГЧ 6 методом ПЦР взаимно зависимы (критерий хи-квадрат Пирсона, $p < 0,001$), при этом выделением с помощью ПЦР одного из представленных вирусов (ВЭБ или ВГЧ 6) уменьшает шансы на выявление другого (ОШ=0,133; 95% ДИ от 0,0537 до 0,3273, $p < 0,0001$).

Выводы:

1. Для корректной этиологической расшифровки инфекционного мононуклеоза и определения фазы инфекционного процесса необходимо применение минимум двух лабораторных тестов (прямого и непрямого).

2. Для детей всех возрастных групп возможно применение не только количественного, но и качественного метода ПЦР при определении вирусной нагрузки ДНК ВЭБ и ВГЧ 6 в мононуклеарах периферической крови.
3. При сочетанной ВЭБ и ВГЧ 6 этиологии инфекционного мононуклеоза выявление одного из вирусов методом ПЦР снижает шанс на выявление другого, что затрудняет интерпретацию результатов теста без дополнительного применения метода ИФА.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Махпиева Г.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр педиатрии МЗ

Республики Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время бронхиальная астма (БА) является заболеванием, которое распространено во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, БА страдает 7-15% населения земного шара и она относится к той патологии, при которой уровень смертности может не зависеть от степени тяжести заболевания. В свою очередь, это требует пристального внимания к своевременному и адекватному лечению основного синдрома бронхиальной астмы – бронхиальной обструкции.

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики и лечения бронхо-обструктивного синдрома при бронхиальной астме.

Материал и методы. Обследовано 27 детей в возрасте от 6 до 14 лет, страдающих бронхиальной астмой. Все дети были распределены по степени тяжести заболевания: 20% пациентов имели легкую БА, меньше чем у половины обследованных (44%) диагностирована среднетяжелая БА. Тяжелая степень диагностирована у 36% больных.

Результаты исследования. Диагноз бронхиальной астмы устанавливали на основе характерных симптомов, которым присуща суточная и сезонная вариабельность. Во время эпизода бронхиальной обструкции при перкуссии легких отмечали перкуторный звук с коробочным оттенком, при аускультации – на фоне осложненного дыхания выслушивали разнокалиберные сухие свистящие хрипы, при завершении приступа удушья присоединялись низкотоновые хрипы.

В клиническом анализе крови и мокроты часто наблюдалась эозинофилия. В мокроте выявлялись белки разрушенных эозинофилов и спирали Куршмана.

Многочисленными исследованиями доказано, что на особенности клинического течения бронхообструктивного синдрома (БОС) при БА может влиять на возраст пациентов. Наибольшими отличиями характеризовалась БА у детей первого года жизни, когда первые эпизоды заболевания имели характер обструктивного бронхита, сухого навязчивого кашля, свистящего дыхания, одышки. У детей старше 3-4 лет клиническая картина БА характеризовалась стабилизацией течения. В возрасте 10-14 лет у 49,1% девочек течение БА ухудшалось, в то же время у большинства мальчиков (84,2%) наблюдалось клиническое улучшение течения заболевания, что связано с изменениями гормонального фона в пубертатном возрасте и особенностями влияния половых гормонов на иммунный ответ организма.

К клиническим особенностям БОС при тяжелой БА относятся постоянные симптомы заболевания (дыхательный дискомфорт, экспираторная и смешанная одышка, ограничение физической активности, частые ночные приступы и многочисленные обострения заболевания). У детей с БА тяжелой степени часто наблюдалась необратимая бронхиальная обструкция, связанная с длительным воспалением и ассоциированная с ремоделированием дыхательных путей.

Лечение БА должно включать воздействие на различные компоненты патогенеза заболевания: противовоспалительные препараты для симптоматической терапии, бронходилататоры и ингаляционные средства.

Выводы:

1. Основной синдром БА – синдром обратимой бронхиальной обструкции.
2. Рассмотрение БА как хронического воспалительного заболевания определяет подходы к диагностике, лечению и профилактике БОС.
3. В комплексной терапии необходимо учитывать наличие сопутствующих заболеваний и состояний, применять средства симптоматической терапии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Махпиева Г.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз,

Узбекистан, город Ташкент

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является тяжелым хроническим заболеванием дыхательных путей и представляет собой серьезную проблему для здравоохранения со всех странах мира. В детской пульмонологии бронхиальной астме (БА) принадлежит первенство по распространенности, тяжести течения и возможности инвалидизации. Оценивается влияние возраста, в котором она началась и факторов, способствующих ее развитию особенно в сочетании с ожирением (ОЖ). Вместе с тем для разработки профилактических мероприятий необходимо знать факторы риска, влияющие на развитие астмы при МС, начавшейся в различные возрастные периоды.

Цель исследования. Изучение факторов риска развития ожирения у детей с БА школьного возраста.

Материал и методы исследования. Для изучения этого вопроса, насколько часто имели место указанные факторы риска развития у 140 детей БА с ОЖ, были сформулированы две группы. В 1-ю группу включены 90 детей БА, которым в ходе исследования был установлен ОЖ. Во 2-ю группу вошли остальные 50 детей БА без ОЖ.

Анамнестическое исследование включало в себя беседу с родителями и детьми, ретроспективный сбор анамнеза (анализ амбулаторной карты).

Результаты исследования. Общая клиническая картина детей БА с ОЖ имеет не отличительных особенностей по возрасту и полу, но имеет отличительные особенности ИМТ от детей основной группы. Анализ семейного анамнеза показал, что у детей БА с ОЖ наблюдался сахарный диабет у 1,5% по материнской линии и 1,9% случаев по отцовской. Помимо этого ожирение – является составляющим компонентом МС. Как показали данные, среди наблюдаемых детей, отягощенная наследственность по ожирению встречались – по материнской линии в 57,3%, по отцовской 42,7% случаев.

Практически десятая часть детей и их родителей (11,2% от общего числа детей) не предъявляли никаких жалоб и не считали избыточную массу тела проблемой для здоровья. Более половины (51,2%) жаловались на стрии. У 10,2% выявлены жалобы на запоры. На головные боли жаловались 14,6% детей, на жажду – всего 1,2%, и 3,4% имел жалобы на повышение артериального давления. По результатам анкет, питание всех детей было нерациональным, гиперкалорийным, несбалансированным по составу белков, жиров, углеводов и нерегулярным. У детей выявлены следующие основные особенности режима питания: 1) наличие только двух основных приемов пищи и отсутствие горячего завтрака (только чай или кофе с бутербродами или йогурт) у 84 (80%) детей, 2) использование для перекусов в школе выпечки и сладких кондитерских изделий – 79 (75,2%), 3) ужин – наиболее обильный и калорийно насыщенный прием пищи – 105 (100%), 4) дополнительный поздний прием пищи перед сном (чаще бутерброды) – у 89 (84,8%), 5) частые перекусы, в основном – печенья, чипсы, конфеты, бутерброды – у 71 (67,6%) ребенка. Среди обследованных мальчиков с избыточной массой тела на фоне БА была снижена физическая активность у 35,8%, в то время как отмечалось не регулярная физическая нагрузка у 44,6% детей с БА. У девочек, не регулярная физическая нагрузка отмечалась у 55,1% детей с БА и 44,8% имели сниженную физическую нагрузку. Выявлено, что двигательная активность меньше у детей БА с ОЖ ($p < 0,05$).

Выводы. В семейном анамнезе детей БА с ожирением встречался весь спектр заболеваний ассоциированных с МС. При этом наиболее распространена была отягощенная наследственность по ожирению, неправильное питание, гиподинамия, артериальная гипертензия и СД типа 2.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

*Шамсиев Ф.М., Султанов З.Ф., Мусажанова Р.А., Ишратова Ш.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент*

Актуальность проблемы. Наиболее сложной и актуальной проблемой детской пульмонологии является хронический бронхит. Истоки многих хронических болезней взрослых лежат в раннем детстве и причины хронизации с наибольшей полнотой могут быть раскрыты в начале формирования болезни. Дефекты иммунной системы влияют на характер дальнейших изменений различных отделов вегетативной нервной системы и усугубляют их. Исследования, посвященные изучению иммунных сдвигов в связи с вегетативной дисфункцией в растущем организме немногочисленны и многие вопросы остаются дискуссионными.

Цель исследования. Изучение про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных с хроническим бронхитом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 35 больных с хроническим бронхитом в возрасте от 3х до 6 лет, группу сравнения составили 40 больных острым бронхитом (ОБ). Контрольную группу составили 20 практически здоровых ребенка. Проводились общеклинические, функциональные и иммунологические исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Проведенные нами исследования и анализ уровня ИЛ-1 β в сыворотке крови больных с хроническим бронхитом позволили получить интересные результаты. Оказалось, что у детей с хроническим бронхитом в фазе обострения заболевания уровень ИЛ-1 β повысился в 6,8 раза по сравнению с данными практически здоровых детей ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения повысился в 3,1 раза ($p < 0,001$). Уровень ИЛ-4 повысился в 4,0 раза по сравнению с данными детей контрольной группы ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения этот показатель повысился в 3,0 раза ($p < 0,001$). У больных с хроническим бронхитом уровень ИЛ-6 повысился в 2,6 раза по сравнению с данными практически здоровых детей ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения показатель повысился в 1,8 раза ($p < 0,001$). ИЛ-8 выполняет роль индуктора острой воспалительной реакции, стимулирует адгезивные свойства нейтрофилов. При индивидуальном анализе содержания ИЛ-8 у больных нами отмечено его увеличение в 5,0 раз по сравнению с данными детей контрольной группы ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения показатель повысился в 4,0 раза ($p < 0,001$).

Обращает на себя внимание достоверное ($p > 0,05$) снижение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 в момент клинической ремиссии у детей, получавших базисную терапию, что, по-видимому, отражает сохраняющуюся активность воспалительного процесса при наличии морфологических изменений.

Проведенная базисная терапия данной патологии не приводит к нормализации изученных параметров, они сохраняются и в стадии ремиссии, что может быть предрасполагающей основой для последующего обострения заболевания.

Таким образом, развитие хронического воспалительного процесса в легких сопровождается значительной продукцией цитокинов, что свидетельствует о высокой антигенной стимуляции клеток-продуцентов. Установленные нарушения цитокинового гомеостаза подтверждают существующее положение о роли системы цитокинов в патогенезе хронического бронхита и его прогрессировании.

Выводы. Проведенные исследования показали, что у детей с хроническим бронхитом отмечается более значительный дисбаланс в цитокиновом статусе. Определение основных патогенетических механизмов развития хронического бронхита у детей послужит основанием для разработки дифференцированных схем лечения.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ДИФFUЗНЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Хайдарова М.М., Мухамедов Ф.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент

Актуальность проблемы. Здоровье подростков, обеспечение их нормального роста и развития определяет уровень благосостояния и региональную стабильность страны на десятилетия вперед. Наиболее актуальные нозологические формы, которые формируют, общую структуру бронхолегочных заболеваний является пневмония и рецидивирующие бронхиты. Вопрос о взаимосвязи течения заболеваний щитовидной железы и бронхолегочной системы на сегодняшний день остается актуальной проблемой современной медицины. Однако встречаются противоречивые сведения, касающиеся изменений количества тироксина и трийодтиронина у больных с патологией дыхательной системы.

Цель исследования. Изучить клинико-биохимические особенности бронхо-легочной патологии у детей, протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 детей с бронхолегочной патологией в возрасте от 7 до 14 лет. Из них 45 детей - с рецидивирующим бронхитом (РБ), протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба (ДЭЗ), 45 детей – с внебольничной пневмонией (ВП) затяжного течения, на фоне ДЭЗ и 15 детей с РБ без патологии щитовидной железы (ЩЖ) и 15 больных с ВП затяжного течения (группа сравнения). Использовались клинико-лабораторные и биохимические данные. Полу-ченные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьуденту.

Результаты исследования. У больных БЛП и диффузным эутиреоидным зобом, определяется отягощенный преморбидный фон, сопутствующие и перенесенные заболевания. Основными жалобами родителей детей с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ были кашель, головные боли, утомляемость и сонливость. Сухость, бледность кожных покровов и выпадение волос были также выше в группе с ДЭЗ. У детей с ВП без ДЭЗ эти изменения были менее выраженными. В наших исследованиях у детей с ДЭЗ при БЛП потеря аппетита отмечалась в 1,5 раза чаще, чем у детей без дисфункции ЩЖ.

У детей с БЛП, протекающей на фоне ДЭЗ, чаще всего увеличивается ЩЖ, что является показанием к проведению ультразвукового исследования. При анализе полученных нами данных у детей с БЛП увеличение паренхимы ЩЖ по результатам УЗИ подтверждает ДЭЗ, выявленный пальпаторно. Не выявляются изменения экоструктуры и экзогенности железы, что указывает на ее диффузную гиперплазию.

Результаты биохимических исследований показали, что у детей с РБ и ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ установлено недостоверное повышение уровня Т₃ ($P > 0,05$), по сравнению с данными детей без ДЭЗ, что указывает на напряжение функциональной активности тиреоидной системы. Уровень Т₄ в группе детей с РБ на фоне ДЭЗ снижен относительно контрольного значения в 1,3 раза ($P < 0,05$), в группе детей с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ в 1,4 раза и по сравнению с данными без ДЭЗ ($P < 0,05$). Характерно повышение отношения Т₃/Т₄, которое при повышенном содержании ТТГ ($P < 0,05$) и пониженном Т₄ подтверждает диагноз ДЭЗ у детей с БЛП.

Выводы. При бронхолегочной патологии установлено диффузное увеличение щитовидной железы, характеризующиеся наличием йододефицита (увеличение ТТГ и уменьшение Т₄), что свидетельствует о необходимости диагностировать и начинать лечить больных в вовремя, в детском и юношеском возрасте, когда еще нет грубых изменений в щитовидной железе и глубоких метаболических сдвигов, когда потребность ЩЖ в йоде особенно велика.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р., Каримова М.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Актуальность проблемы. Высокий уровень диагностических ошибок при внебольничной пневмонии, обусловленных недооценкой тяжести состояния больного, несвоевременным началом адекватной антибактериальной терапии, как следствие – рост числа больных с осложненным течением и летальным исходом, низкая информативность существующих прогностических шкал диктуют необходимость поиска современных маркеров для прогнозирования течения и тяжести пневмонии на ранних сроках. Среди маркеров воспаления, активно изучаемых в последние годы, привлекают внимание цитокины. Высокие уровни провоспалительных цитокинов приводят к развитию системной воспалительной реакции. Для клинической практики исследование роли цитокинового статуса трудно переоценить, так как он отражает индивидуальную первичную реакцию на инфекционный агент, позволяет оценить характер течения процесса и прогнозировать исход заболевания.

Цель исследования. Изучение роли цитокинов в патогенезе внебольничной пневмонии у детей.

Материал и методы исследования. В процессе исследования наблюдались 65 больных пульмонологического отделения РСНПМЦП МЗ РУз с внебольничной пневмонией в возрасте от 1 года до 15 лет. Контролем являлись данные 20 практически здоровых детей того же возраста. Использовались клинико-лабораторные и иммунологические данные. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьуденту.

Результаты исследования. При анализе показателей цитокинового статуса выявились наиболее информативные критерии, позволяющие прогнозировать развития распространения воспалительного процесса. Были характерны высокие показатели цитокина IL-1 β , 8 и TNF- α достоверно превышающие таковые в контрольной группе. Анализ результатов показал, что при внебольничной пневмонии уровень IL-1 β повышается в 3,5 раз по сравнению с данными контрольной группы, что составило в среднем 101,7 $\pm$ 6,7 пг/мл ($P < 0,01$).

Обращает на себя внимание тот факт, что уровень IL-6 одного из наиболее информативных маркеров воспаления у детей с внебольничной пневмонией составил 13,4 $\pm$ 0,3 пг/мл и оказался в 2 раза выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Известно, что ИЛ-4 относится к группе гемопоэтинов и является регулятором роста и дифференциации В-лимфоцитов, а также процессов биосинтеза ими антител. Полученные нами данные показали, что уровень ИЛ-4 у детей, больных с внебольничной пневмонией были выше контроля в 2,3 раза. Уровень ИЛ-4 повысился до $10,8 \pm 0,9$ пг/мл ($P < 0,01$), по отношению к контрольной группе. ИЛ-8 является важным медиатором воспалительного процесса в лёгких. Так, при внебольничной пневмонии уровень ИЛ-8 составил в среднем – $44,5 \pm 4,3$ пг/мл, что в 2,3 раза выше показателей контрольной группы ($P < 0,01$). Избыточный синтез ИЛ-8 свидетельствовал о нарушении регуляторной функции иммунной системы.

При анализе содержания TNF α у больных с внебольничной пневмонией нами отмечено его увеличение до $63,5 \pm 3,2$ пг/мл по сравнению с ($P < 0,01$) контрольной группе и повысился в 1,5 раза ($42,3 \pm 2,1$ пг/мл, $P < 0,05$).

Проведенные нами исследования по изучению уровня интерферона - γ у больных с внебольничной пневмонией, показали глубокий дефицит в его содержании. Так, у детей, больных с внебольничной пневмонией уровень сывороточного IFN γ в среднем составило – $24,6 \pm 1,4$, что в 1,3 раза ниже, чем при контрольной группе ($34,3 \pm 2,7$ пг/мл), $P < 0,01$.

Выводы. Выявлены особенности цитокинового статуса у детей с внебольничной пневмонией, выражающиеся повышением уровней ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, TNF α и снижением концентрации IFN γ , что способствует затяжному течению патологического процесса и служит дополнительным критерием оценки выраженности воспаления.

РОЛЬ OXALOBACTER FORMIGENES В РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

*Шарипов А.М., Артикова М.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Актуальность: Гипероксалурия является основным фактором, приводящим к развитию нефролитиаза. Гипероксалурия у детей долгое время может протекать бессимптомно, приводя к вторичной оксалатной нефропатии, к мочекаменной болезни и хронической болезни почек. Подавляющее большинство камней в почках являются оксалатно-кальциевыми. Ограничение потребления продуктов, содержащих щавелевую кислоту, не является основным путем предотвращения оксалатно-кальциевых микролитов. В связи с этим ученых заинтересовала бактерия *Oxalobacter formigenes*, которая проявляет симбиотические отношения с организмом человека путем снижения абсорбции оксалатов в просвете кишечника с дальнейшим снижением их концентрации в плазме и моче. В настоящее время *Oxalobacter formigenes* является наиболее эффективным оксалат абсорбирующим микробиотом кишечника.

Цель исследования: Определение видового и количественного состава микрофлоры кишечника и *Oxalobacter formigenes* в кале у детей с вторичной оксалатной нефропатией, получавших в анамнезе антибиотикотерапию.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 76 детей с вторичной оксалатной нефропатией (гипероксалурией) в возрасте от 6 месяцев до 7 лет со скоростью клубочковой фильтрацией выше 90 мл/мин. Медиана возраста пациентов составила -3.35 ± 1.94 . Дети были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили 45 детей с диагнозом вторичная оксалатная нефропатия в анамнезе получавших антибиотикотерапию более 4-х раз за последние 6 месяцев. Группу контроля составили 31 детей с вторичной оксалатной нефропатией с отсутствием в анамнезе антибиотикотерапии. Постановку диагноза вторичной оксалатной нефропатии проводили по классификации разработанный, М. С. Игнатовой с соавт. и Н. В. Ворониной : умеренная гипероксалурия, выраженная оксалатно-кальциевая кристаллурия, микрогематурия и/или протеинурия, увеличение микроальбумина в моче (тубулярные дисфункции). Всем детям проведено общеклиническое обследование: определены оксалаты в суточной моче, проточная цитометрия мочевого осадка, микроальбумины в моче, бактериологическое исследование кала на количественный и качественный состав микрофлоры, ПЦР идентификация *Oxalobacter formigenes* в кале. Степень выраженности дисбиотических изменений в кишечнике у обследованных детей была определена с учетом Отраслевого стандарта 91500.11.0004-2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника».

Результаты показали, что у всех детей в основной группе исследования были более высокие показатели уровня оксалата в суточной моче 0.86 ± 0.25 мг/кг/сутки (при норме 0-0,5 мг/кг/сутки) чем в группе сравнения (0.68 ± 0.08 мг/кг/сутки). Микрогематурия было выявлено у 100% детей в группах исследования. У всех детей в основной группе было выявлено нарушение количественного и качественного состава микробиоты кишечника. По тяжести преобладал дисбиоз 2 степени- у 24 детей (53,3%), у 5 детей был выявлен дисбиоз 3 степени (11,1%), у 15 детей (33,3%) отмечался дисбиоз 1 степени. В большинстве случаев дисбиоз кишечника характеризовался отсутствием лактобактерий у 23 детей (51,1%), уменьшением его количеств в пределах 10^2 - 10^4 у 13 детей (28,9%), уменьшением в пределах 10^5 - 10^7 у 8 детей (17,8%). Лишь у 1 ребенка количество лактобактерий был в норме. Так же было установлено уменьшение количество бифидобактерий в пределах 10^2 - 10^4 у 20 детей (44,4%), в количестве 10^5 - 10^7 у 18 детей (40%). У 3-х детей (6,7%) отмечалось отсутствие бифидобактерии. У 7 детей в основной группе *Oxalobacter formigenes* не был выявлен. Было установлено, что дети, у которых не был определен *Oxalobacter formigenes* получали в анамнезе антибиотики группы цефалоспоринов 3-го поколения, ко-тримаксазол более 6 раз в течение 12 месяцев. У 20 детей *Oxalobacter formigenes* был идентифицирован. В контрольной группе у 3-х детей (9,7%) был установлен дисбиоз 2 степени и дисбиоз 1-й степени у 2-х детей (3,2%). В контрольной группе причины дисбиоза кишечника были связаны с злоупотреблением жирной и углеводной пищей, а также частым приемом цветных газированных напитков.

Заключение: В большинстве случаев у детей с вторичной оксалатной нефропатией было выявлено использование антибиотиков и установлено нарушение микробиоты кишечника. У 7 детей в кале *Oxalobacter formigenes* не был идентифицирован.

Вывод: Антибиотикотерапия может привести к снижению и/или к исчезновению в микрофлоре кишечника оксалотрофных бактерий таких как лакто бифидобактерии и *Oxalobacter formigenes*, что может способствовать усиленной абсорбции оксалата в кишечнике и привести к нефролитиазу и к мочекаменной болезни.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Шаринов И.Л.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самыми распространенными из опухолей кожи у детей являются гемангиомы. Это доброкачественные опухоли, развивающиеся из артериальных и венозных сосудов, а также их капилляров. Для данной группы опухолей часто характерен прогрессирующий рост. Они могут локализоваться на коже, в подкожной клетчатке, прорастать мышцы и фасции. В отличие от других доброкачественных опухолей, гемангиомы не имеют капсулы и могут, разрастаясь, повреждать окружающие ткани. В некоторых случаях рост таких опухолей приводит к возникновению непоправимого косметического дефекта. Располагаясь на конечностях, эти сосудистые опухоли могут нарушать их функцию. Именно поэтому необходимо раннее лечение гемангиом, диагностика которых в большинстве случаев является несложной.

Цель: представить особенности выбора анестезиологического пособия при хирургическом удалении гемангиом у детей разного возраста.

Материал и методы: Проведен анализ 36 анестезий у детей в возрасте от 2 до 14 лет (мальчиков 20 (55,5%), девочек 16 (44,4%)), подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу гемангиом нижних (15%) и верхних (5%) конечностей, головы (2%), лицевой области (6%), грудной области (4%), ягодичной области (4%). Больные были разделены на 3 группы: в 1 группе у 24 (66,6%) пациентов использовалась тотальная внутривенная анестезия (ТВА) кетамин 2-3 мг/кг/час с миоплегией аркуроном 0,04-0,053 мг/кг/час и переводом на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ). Во 2 группе у 6 (16,6%) больных (8-10 лет) осуществлялся только мониторинг гемодинамики и газообмена с внутривенным введением кетамина 4-5 мг/кг/час. В 3 группе 6 (16,6%) пациентам, выполнялись спинальная (СА)-1, эпидуральная (ЭА)-1 анестезии и аксилярная блокада плечевого сплетения - 2 1-2 -4% раствором лидокаина в возрастных дозировках. Интраоперационный стандартный мониторинг включал пульсоксиметрию, неинвазивное изменение АД, PS, ЧД с помощью монитора «UM-300 PACIENT MONITOR» (Германия).

Результаты: Предоперационная подготовка детей во всех случаях была стандартной и не отличалась от обычного. Премедикация у всех больных так же была общепринятой и включала кетамин 4-5 мг/кг внутримышечно. Выбор ТВА у 24 пациентов был обусловлен как локализацией гемангиом на лице, шее, так и состоянием психологического статуса у детей, а также длительности операции (148,0±22,5 мин), что позволило обеспечить адекватные условия для работы хирурга и гемодинамическую стабильность. У больных 2 группы с незначительными размерами гемангиом, ограниченной длительности операции методом выбора была потенцированная местная анестезия с мониторингом гемодинамики газообмена, которая позволила обеспечить стабильность и безопасность всего интраоперационного периода продолжительностью 68,0±14,2 мин. Детям более старшего возраста 14 и 12 лет были успешно выполнены аксилярные блокады и 1 больному 12 лет ЭА. 1 больному (14 лет) проведена СА 4% раствором лидокаина из расчёта 1,0 мг/кг.

Вывод. Выбор анестезиологического пособия при удалении гемангиом у детей, обеспечивающий адекватную защиту от хирургического вмешательства должен проводиться с учётом локализации патологического процесса, возраста и психосоматического статуса с обязательным обеспечением стандартного мониторинга.

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Шералиева С.Ж., Асранкулова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Значимость эндометриоза обусловлена медицинскими и социальными аспектами, поскольку эндометриоз оказывает непосредственное влияние на качество жизни и репродуктивные возможности женщины. Бесплодие в браке остается важным фактором, сопровождающим течение эндометриоза и снижающим реализацию репродуктивной функции населения.

Основными направлениями лечения эндометриоза являются медикаментозный и хирургический методы.

Цель исследования. Оптимизировать методы лечения эндометриоза у пациенток с сопутствующими воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. У пациенток с эндометриозом, по данным ретроспективного анализа, рецидивы были зарегистрированы у 34%. Наличие воспалительных заболеваний репродуктивной системы с рецидивирующим течением эндометриоза было выявлено у 100% пациенток.

По данным ретроспективного анализа было установлено, что частота хронического эндометрита составила 40,59% (69 чел.), хронического сальпингоофорита - 32,94% (56 чел.), эндоцервицита - 64,11% (109 чел.), вагинита - 68,82% (117 чел.). Исследование микрофлоры влагалища и биоптатов с цервикального канала и эндометрия позволили выявить у 156 (91,76±2,11%) обследуемых пациенток наличие различных микробных агентов: Chlamidia trachomatis (15,29%), M genitalium (27,65%), U urealyticum+parvum (41,76%), Gardnerella vaginalis (37,06%), Candida albicans (19,41%), Trichomonas vaginalis (5,88%).

Перспективно нами было обследовано 115 пациенток с выявленным впервые эндометриозом. Пациентки, включенные в исследование, были разделены нами на 3 группы в зависимости от вида используемой гормональной терапии.

Результаты исследования. Частота рецидивов эндометриоза в течение года, по данным ретроспективного анализа, составила 34%. Наличие воспалительных заболеваний репродуктивной системы с рецидивирующим течением эндометриоза выявлено у 100% пациенток. У пациенток с эндометриозом воспалительные заболевания органов

репродуктивной системы были верифицированы в 95,65% случаев; частота хронического сальпингоофорита составляет 39,17%; хронического эндометрита - 40,87%; эндоцервицита - 69,38%; вагинита — 73,04%.

В соскобах цервикального канала у пациенток с эндометриозом были выявлены различные микробные агенты: *Chlamydia trachomatis* (13,91%); *Mycoplasma genitalium* (19,36%); *Ureaplasma urealyticum+parvum* в КОЕ >104 (28,78%); *Streptococcus spp* (6,95%); *Herpes simplex* (13,91%). В биоптатах эндометрия были выявлены следующие микробные агенты: *Chlamydia trachomatis* (10,43%); *Mycoplasma genitalium* (7,86%); *Ureaplasma urealyticum+parvum* в КОЕ >104 (34,13%); *Streptococcus spp* (6,95%); *Herpes simplex* (8,69%); *Trichomonas vaginalis* (6,95%). Определение частоты и структуры микробного пейзажа у пациенток с эндометриозом подчеркивает значимость сочетанной патологии воспалительного генеза.

Применение антимикробных и иммунокорригирующих препаратов у пациенток при сочетании эндометриоза и воспалительных заболеваний репродуктивной системы до назначения стандартной терапии эндометриоза позволило снизить количество рецидивов в 2,4 раза.

Вывод. Внедрены мероприятия в обследование пациенток с эндометриозом, включающие исследование микробного пейзажа влагалища, эпителия цервикального канала и эндометрия на наличие патогенного микробного фона. Проведение кольпоскопии, гистероскопии, бактериоскопических, бактериологических и ПНР методик, гистологических исследований соскобов цервикального канала, биоптатов эндометрия подтверждает наличие хронических воспалительных процессов органов репродуктивной системы у пациенток с эндометриозом.

Разработан оптимальный подход к терапии у пациенток с сочетанной патологией органов репродуктивной системы, включающей эндометриоз и воспалительные заболевания, с использованием антимикробной и иммунокорригирующей терапии до назначения комбинированной стандартной терапии эндометриоза. Предложенный метод позволил индивидуализировать подходы к лечению данного контингента пациенток и снизил количество рецидивов эндометриоза.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Шералиева С.Ж., Асранкулова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Репродуктивные нарушения у больных эндометриозом являются актуальной проблемой современной гинекологии и акушерства. По статистике, у 25-40% женщин, страдающих первичным или вторичным бесплодием, имеется эндометриоз.

Установлено, что эндометриоз поражает до 5-10% женской популяции, хотя точная оценка на основании эпидемиологических исследований затруднена. Им страдают около 5,5 млн. женщин в США и около 16 млн. в Европе. Медико - социальная значимость заболевания обусловлена преимущественным поражением женщин репродуктивного возраста. Наиболее часто диагноз устанавливают в возрасте от 25 до 34 лет. Однако эндометриоз всё чаще встречается у подростков (верификация диагноза в 11-14 лет - до 6%). Если заболевание обнаружено в молодом возрасте, тогда есть основания для прогнозирования его тяжёлого течения в последующем.

Эндометриоз выявляется у 50% женщин с дисменореей, в том числе у половины подростков, страдающих тяжелой дисменореей, и у 75% пациенток с хронической тазовой болью.

Цель исследования. Повысить эффективность восстановления репродуктивной функции больных с генитальным эндометриозом за счет дифференцированного подхода к лечебной тактике в зависимости от иммунореактивности, а также разработать принципы ведения беременности и родов.

Материалы и методы исследования. По данным ретроспективного анализа у пациенток с эндометриозом рецидивы были зарегистрированы у 34% пациенток. Наличие воспалительных заболеваний репродуктивной системы с рецидивирующим течением эндометриоза было выявлено у 100% пациенток.

Результаты исследования. ГЭ относится к полисистемному заболеванию аутоиммунной природы. Предрасполагающим фактором к его развитию следует отнести врожденное нарушение системы детоксикации организма, вследствие чего персистирующая условно-патогенная и вирусная инфекция способствует накоплению провоспалительных цитокинов и эмбриотоксических антител, которые нарушают основные параметры гомеостаза: коагулирующие свойства крови, гемодинамику органов малого таза, свободнорадикальную и общую антиоксидантную активность, иммунный статус.

Провоспалительные цитокины и эмбриотоксические антитела вызывают отклонения в продукции эмбриотропных антител, регулирующих процессы эмбриогенеза от их первоначального увеличения (гиперреактивное состояние) до их снижения (гипореактивные реакции). У больных с НГЭ состояние иммунореактивности зависит от длительности заболевания, но не зависит от степени его распространения, а у больных с ВЭ - как от длительности заболевания, так и от степени его распространения.

Беременные, ранее получившие лечение по поводу ГЭ, входят в группу риска по осложненному течению гестационного процесса - невынашиванию и недонашиванию беременности, поздним гестозам, нарушению МПК, хронической гипоксии плода, аномалиям родовой деятельности. К критическим срокам гестационного процесса относятся 5-8 нед., 20-24 нед., 30-33 нед., которые связаны со снижением гормонопродуцирующей функции плаценты (снижение уровня эстриола на 8-18%, прогестерона на 25-40%, плацентарного лактогена на 19-45%) и активацией аутоиммунных процессов с нарушениями сосудисто-тромбоцитарного, а при наличии АТ к ХГЧ и плазменного звеньев гемостаза. Раннее назначение гестагенов, антиагрегантов и антикоагулянтов в зависимости от комбинации эмбриотоксических антител способствует снижению частоты осложнений в 2-3 раза.

Вывод. Разработан алгоритм обследования больных с ГЭ для составления прогноза восстановления фертильности, где ведущим является интегральный показатель ЭЛИ-П-теста, который определяет состояние иммунореактивности и степень отклонений иммунных, гемодинамических, гемостазиологических показателей. Наиболее перспективной

является группа с гиперреактивными реакциями, что имеет место при длительности заболевания до 3-х лет с наименьшими отклонениями основных параметров гомеостаза.

RISK OF HEPATITIS B VIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN

*Shokirova S.M., Ibragimova S.R.,
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Unfortunately, many women find out about viral hepatitis during pregnancy, because they undergo a blood test for hepatitis for the first time when registering in a antenatal clinic. Disease statistics in expectant mothers are completely disappointing, according to doctors, hepatitis viruses are found in every thirty women. But is it possible to bear a healthy child with hepatitis? And is it possible to give birth with a diagnosis of hepatitis? This material contains all the known information about viral hepatitis and their peculiarities during pregnancy, popular methods of treating the disease and possible complications.

Objectives. To study the features of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B.

Material and Methods. We performed a retrospective analysis of 60 childbirth histories with chronic viral hepatitis B.

The results of the study. In the presence of HBsAg and HBeAg, the risk of infection without specific prophylaxis (i.e. vaccination against hepatitis B in the newborn) is 80-90%, and the risk of developing a chronic infection in children infected at birth is about 90%. Such children are at high risk of developing cirrhosis and liver cancer in later life. In the presence of HBsAg in the absence of HBeAg, the risk of infection of the child is 5-15%, chronic infection in infants is rare, however, severe acute hepatitis may develop. From mothers infected with hepatitis B and D viruses, transmission of the virus D to the baby is possible simultaneously with the virus B.

Infection of the child occurs mainly during childbirth. The predominant infection during childbirth is supported by the effectiveness of hepatitis B vaccination in the first hours after birth. In rare cases (if the mother has HBeAg), the baby may become infected in the prenatal period, that is, before birth. Despite the fact that the hepatitis B virus is found in breast milk, there were no differences in the frequency of infection of children who received breast or artificial feeding. With a newborn vaccinated against hepatitis B, breastfeeding is safe.

Conclusions. The disease usually does not have a particular negative effect on the fetus, especially dangerous complications for the expectant mother are also extremely rare. However, in order to prevent the development of these rare complications, a sick pregnant woman will need to have the disease in a hospital under the supervision of medical staff.

OBSTETRIC TACTICS FOR VIRAL HEPATITIS

*Shokirova S.M., Ibragimova S.R.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The highest risk for pregnant women is represented by hepatitis B, especially in the second and third trimesters of pregnancy, when adverse outcomes are often observed. Thus, mortality in hepatitis A during these periods of pregnancy is 25-30 times higher than in hepatitis B. The greatest risk for a pregnant woman with hepatitis B is associated with miscarriage in the second trimester of pregnancy, premature or timely delivery in the acute stage of the disease. It is after a miscarriage or childbirth that an exacerbation of the underlying disease is observed, difficult to respond to or not treatable. With HB, the highest incidence of newborns and perinatal loss of children are also observed.

With HB, an adverse effect of acute viral infection on the pregnant woman, fetus, and newborn is also detected, but it is less pronounced in intensity than with HB.

Purpose of the study. To study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with viral hepatitis.

Materials and research methods. Materials and research methods. We studied the course of HBV, especially the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period, the neonatal period with this type of hepatitis in 75 pregnant women; the observation was carried out by us at AOCC.

The results of the study. The frequency of the most severe outcomes for a woman and for a newborn varied depending on the stage of hepatitis B. The worst clinical results were observed in the acute stage of the disease, especially with EGNANV, to a somewhat lesser extent - with HB.

At the same time, with any form of hepatitis B, the best outcomes are observed in those women in whom the birth took place during the convalescence of acute viral infection. For example, the postpartum period in the acute stage of hepatitis B is characterized by a large number of obstetric complications (32.6%). At the same time, in the group of HB convalescents, obstetric complications were in 19.3% of puerperas; in the control group, 6.1% of puerperas were ill.

The incidence of newborns whose mothers gave birth in the acute stage of hepatitis B was 62.2%, and in the group of convalescents of hepatitis B - 43.5%.

The incidence and severity of the course of hepatitis A and hepatitis B depends little on the duration of pregnancy. A different picture was observed with HB: most often (73.8%) a severe form of the disease was diagnosed during pregnancy for more than 20 weeks. Of the total number of patients with severe form, 11.5% were in the first trimester of pregnancy, 70.5% in the second trimester, and 18% in the third trimester. It must be emphasized that all deaths were in the second half of pregnancy. The frequency of deaths among women with a severe form of the disease increased in direct proportion to the gestational age from 20% at week 20-21 to 75% at week 40; mortality correlated with the frequency of spontaneous abortion.

From the obstetric position, the most common pathology observed in HBV is early spontaneous abortion. Thus, in patients with HBV from 42 pregnant women, 15 patients had spontaneous abortions in the second trimester of pregnancy, and 7 patients

had premature births. Premature birth among pregnant patients occurred in 38%; among convalescents of hepatitis B - in 10.5%, among healthy women in labor - in 7.8%.

Conclusion. Since the possibility of transmitting hepatitis B virus to a child from the mother is great, immunoprophylaxis of infection plays an important role, which is carried out immediately after the birth of the child. Combined prophylaxis prevents the disease in 91 to 96 percent of cases in children at high risk.

FEATURES OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN PREGNANCY

Shokirova S.M., Ibragimova S.R.
Andijan State Medical Institute

Introduction. The frequency of detection of antibodies to hepatitis B and C in pregnant women ranges from 1-2.5% in Western Europe, the USA, Japan and Australia to 10% and higher in some countries in Africa and the Middle East. In regions of the world with a moderate intensity of the epidemic process, the detection rate of anti-H_{bs} among pregnant women is 0.9% in 1997 and 2.8% in 2002. A higher frequency is recorded among pregnant women at risk, among 17-54% of those infected with human immunodeficiency virus.

Objectives. to study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C.

Material and methods. We performed a retrospective analysis of 75 birth histories with chronic viral hepatitis B and C and 76 (one twins) histories of newborns.

Result and discussion. When analyzing extragenital pathology, it was found that more than half of the women in the group (66.7%) in childhood were often sick and suffered several childhood infections. The most common in the pregnant women we registered were diagnosed with diseases of the cardiovascular system (vegetovascular dystonia, hypertension) - 15.9%, diseases of the digestive system (chronic cholecystitis, gastritis) - 13.3%. Hepatitis A was detected in 18 women (24%). When analyzing the awareness of women about the diagnosis of viral hepatitis B or C before pregnancy, only 19 patients (25.3%) from the entire study group were aware of the existence of a diagnosis. According to WHO data in developed countries, only 1 / 4-1 / 3 of young women are diagnosed with chronic hepatitis V before pregnancy.

The reproductive function evaluation data testified to an almost equal ratio of the first and second births - 45 (60%) and 30 (40%), respectively. It is noteworthy that among the primiparous first-pregnant women there were only 24 patients (53.3%), abortion predominated by spontaneous miscarriage - 13.7% or by medical abortion - 26.7%. A gynecological history is burdened in every second patient, the most common are: inflammatory diseases of the pelvic organs - 18.6% of cases; sexually transmitted infections - 17.2%.

Conclusion. The presence of changes in the uteroplacental complex (chronic hypoxia of the fetus, fetal SARS of the first and second degrees) leads to a complicated course of the early neonatal period of the newborn (the development of cerebral ischemia of the first and second degrees (60%), newborn hypotrophy (28%), VAI (24%)).

DEVELOPMENT OF THE FETUS AND NEWBORNS IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

Shokirova S.M., Ibragimova S.R.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Pregnancy is a special condition of a woman when she is not only awaiting the birth of a baby, but is also especially vulnerable to all kinds of infections. Hepatitis B and pregnancy may well coexist peacefully, but all risks should be considered. Specialists consider hepatitis B to be one of the dangerous diseases that pose a serious global problem. This is due, first of all, to the steadily growing number of cases. In addition, the disease easily passes into an active or neglected phase, against its background, the appearance of complications in the form of carcinoma, cirrhosis of the liver.

Objectives. To study the features of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis.

Materials and research methods. The distribution of women in labor by age, according to the general and obstetric history, did not differ significantly from the same indices of the acute hepatitis B group and the control group. In the first trimester of this pregnancy, 18 women in labor transferred the HS, in the second trimester - 52, in the third trimester - 44 women in labor; the incidence of women in labor - convalescents of GV during a real pregnancy is significant.

The results of the study. The preterm birth rate in the RGV group was 10.5%, in the control group - 7.8%. The difference in the duration of labor in women in the groups of hepatitis B, convalescents of hepatitis B (hepatitis B) and the control can be considered insignificant (619, 671 and 610 min, respectively). The course of childbirth in the number and structure of complications did not differ from the course of childbirth in healthy women in childbirth. The incidence of puerperas of the RVG group is significantly lower than the incidence of puerperas in the acute stage of hepatitis B, and amounted to 19.3%. One of the puerperas out of 114 showed an exacerbation of hepatitis B after childbirth. We give an example. When comparing the physical development data of newborns whose mothers gave birth in the acute period of hepatitis B and children of the group of hepatitis B, the following features were revealed: in children of hepatitis B, the Apgar score at birth is higher, the umbilical cord disappears earlier, conjugation jaundice is less common and its intensity is lower, physiological loss of body weight is less, the initial body weight is restored faster than in children whose mothers gave birth in the acute stage of hepatitis B. The incidence of newborns in the group of RGV is quite high - 43.5%, but it is 1.5 times lower than in newborns of the group of acute HBV. The structure of the incidence of newborns in the RGV group is approximately the same as in acute viral hepatitis B during childbirth; there were no cases of perinatal death of children in this group of women in childbirth.

Conclusions. To be sure of the healthy development of the fetus, the following points should be taken into account: The state of pregnancy as a whole does not affect the course of hepatitis B as well as chronic hepatitis B does not affect the course of pregnancy.

The risk of transmitting a viral infection to the fetus depends on the increased activity of maternal hepatitis B. Active immune prophylaxis serves as an effective measure to prevent infection of the baby from a pregnant mother. With the right vaccination of newborns, there is no risk of transmission of the virus when breastfeeding.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Шомансурова Ш.Ш., Касымов И.А., Улмасова С.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. На протяжении ряда лет острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают лидирующее место в структуре инфекционной патологии у детей и являются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всех странах мира. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 1 млрд случаев ОКИ, при этом умирают около 5 млн человек. Среди широкого спектра острых кишечных инфекций, именно ротавирусной инфекции принадлежит ведущая роль в структуре вирусных диарей. Современные диагностические подходы к верификации возбудителей также доказывают доминирующую роль ротавирусных инфекций в структуре ОКИ у детей раннего возраста. За последние годы в Республике Узбекистан отмечена тенденция роста числа ОКИ, наметился рост (15%) ротавирусных гастроэнтеритов, при этом 70% больных составляют дети в возрасте до 5 лет.

Широкое распространение инфекции и высокий уровень заболеваемости среди населения диктует необходимость мониторинга ротавирусных инфекций (как в целом ОКИ) и ставят эту проблему в ряд социально значимых.

Цель исследования. – проанализировать динамику заболеваемости ОКИ среди детей, выделить наиболее значимые клинические и эпидемиологические особенности ротавирусных гастроэнтеритов.

Материалы и методы. Этиологическую структуру, клинические и эпидемиологические особенности ОКИ у детей анализировали на основании данных ежегодных отчетов и результатов клинического обследования больных, госпитализированных в клиническую инфекционную больницу НИИЭМИЗ МЗ РУз с диагнозом «кишечная инфекция» за период 2015-2019 гг. За исследуемый период в инфекционный стационар с диагнозом ОКИ было госпитализировано 316 больных, из них с диагнозом ротавирусные инфекции в стационаре пролечено 109 детей в возрасте от 1 года до 4 лет. При поступлении больных в стационар проводили комплексное обследование, которое включало объективный осмотр, клинико-биохимические исследования крови, мочи, испражнений, исследование фекалий иммуноферментным методом (ИФА) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) для обнаружения РНК ротавируса, серологические методы диагностики.

Результаты и обсуждение. Анализ этиологической структуры ОКИ и годовой динамики показателей заболеваемости среди детей разных возрастных групп показал, что лидирующее место среди кишечных инфекций подтвержденной этиологии занимают ротавирусные гастроэнтериты. Их доля среди госпитализированных больных за исследуемые годы колебалась от 14% в 2015г. до 56% в 2019 г. Как показали результаты анализа, наиболее частыми клиническими проявлениями ротавирусной инфекции являются водянистая диарея (96%), рвота (92%), вялость (72%), лихорадка (64%). Поражение желудочно-кишечного тракта в 84% случаев протекает по типу гастроэнтерита. Исследования позволили выделить некоторые особенности течения этой инфекции на современном этапе: длительный (более 3 дней) диарейный синдром был отмечен у 27% детей, длительный синдром интоксикации (с сохранением рвоты и лихорадки более 3 дней) отмечен у 40% детей. Тяжелые формы ротавирусной инфекции в 48% случаев сопровождались развитием обезвоживания различной степени. Среднетяжелые и тяжелые формы инфекции требовали при лечении проведения парентеральной регидратации, что влекло значительные экономические затраты.

Таким образом, высокие показатели заболеваемости ротавирусной инфекции, широкое её распространение в сочетании с высокой contagiousностью и различными путями инфицирования, увеличение тяжелых форм болезни, обуславливающих значительные экономические затраты, а также отсутствие должного эффекта от проводимых противоэпидемических и профилактических мероприятий диктует необходимость управления инфекционным процессом болезни через более широкий охват вакцинацией на местах.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИИ ДЕТЕРМИНИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТАШКЕНТА.

*Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш., Улмасова С.И.
Ташкентский Педиатрический медицинский институт*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются актуальной медико-социальной проблемой в связи с повышенной заболеваемостью и недостаточной эффективностью мер профилактики и борьбы. Ежегодно в городе Ташкенте регистрируется достаточно большое количество случаев ОКИ, вызванных патогенными и условно-патогенными возбудителями, зачастую не зарегистрированными на остальной территории Узбекистана. Разнообразие клинических форм ОКИ определяется широким спектром микроорганизмов, в том числе появлением новых видов, что подтверждают проведенные на протяжении последних десятилетий исследования.

Цель исследования – изучение ведущих эпидемиологических детерминирующих факторов острых кишечных инфекций . способствующих широкому распространению заболеваемости среди населения г.Ташкента.

Материалы и методы. Использованы статистические данные Центра санитарно-эпидемиологического благополучия г.Ташкента, карты эпидемиологического исследования очагов (форма 357/у), результаты лабораторных исследований, акты проверок эпидемиологических значимых объектов, материалы эпидемиологических расследований вспышек ОКИ. Использованы традиционные статистические методы эпидемиологического анализа многолетней динамики заболеваемости ОКИ. Изучены помесечные колебания заболеваемости (сезонности) ОКИ.

Результаты и обсуждения. Анализ заболеваемости бактериальными и вирусными ОКИ, зарегистрированными в городе Ташкенте в 2010-2019 гг., показал, что за указанный период было зарегистрировано 66 233 случая ОКИ. В состав ОКИ включены сальмонеллёз (8,8%), бактериологически подтвержденная острая дизентерия (20,7%) и гастроэнтериты (70,5%). Заболеваемость тифо-паратифозными инфекциями, иерсиниозом, кампилобактериозом не играет существенной роли в эпидемическом процессе ОКИ, уровень составляет 0,8%. Наблюдается высокий удельный вес ОКИ неустановленной этиологии. Заболеваемость ОКИ в городе Ташкенте постоянно превышает среднереспубликанские показатели, что свидетельствует как о действии постоянных факторов передачи, так и об активном выявлении больных. Летняя сезонность объясняется активизацией механизма передачи в это период, что подтверждается и научными данными. Активизация механизма передачи определяется активизация природных, социальных и биологических факторов, детерминирующих эпидемический процесс, в том числе употреблением свежих овощей и фруктов, потенциально инфицированных, чрезмерным размножением мух в этот период, нарушениями в соблюдении личной гигиены, ростом среднесуточной температуры, увеличением миграции. Формированием эпидемических штаммов возбудителя, легкостью реализации фекально-орального механизма передачи. Заболеваемость ОКИ в остальные месяцы года определяется в основном спорадическими случаями, но регистрируются и эпидемические вспышки. Анализ факторов, которые вызвали эпидемические вспышки показал, что наиболее существенные среди них являются: несоблюдение правил личной гигиены, несоблюдение правил технологии приготовления блюд, нарушение правил и сроков хранения скоропортящейся продукции, технологии приготовления готовых блюд, мойки и дезинфекции оборудования и инвентаря в столовых и пищеблоках, нарушения в питании детей раннего возраста и т.д. В предупреждении распространения эпидемических вспышек имеет большое значение обеспечение качественными продуктами питания и питьевой водой.

Таким образом, на протяжении последних лет в столице республики сохраняется рост заболеваемости ОКИ, обусловленный как вирусными так и бактериальными кишечными инфекциями. Выявленные факторы влияют на интенсивность эпидемического процесса, прослеживается роль пищевого и контактно-бытового путей передачи как доминирующих. Это диктует необходимость соблюдения единых санитарных и санитарно-эпидемиологических правил производства, переработки и реализации продуктов питания с учетом их потенциальной значимости в распространении кишечных инфекций.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ.

*Эгамова М. Т., Усманходжаева А.А., Матмуродов Р. Ж.
Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность. Для детей с детским церебральным параличом лечиться 2 раза в год по 10 дней дает очень мало эффекта. Поэтому мы решили заниматься с ними каждый день в течение нескольких месяцев и даже годами. Для этого научили мам заниматься с детьми.

Цель. Разработка доступных физических упражнений, которые повышают эффективность терапии у больных ДЦП.

Объекты и методы. Произведено обследование и реабилитация 42 больных ДЦП с разными формами. В основной группе к комплексному лечению добавлены занятия в домашних условиях. Мы провели по следующей методике ЛФК при ДЦП: регулярность, систематичность и непрерывность занятий, индивидуальный подход, учет стадии и тяжести заболевания, а также возраста и психического развития ребенка. Включили упражнения-ходьба при которой надо поворачивать голову, поднимать руки вверх, вперед, закрывать глаза. Чтобы получить большого эффекта ЛФК мы сочетали с массажем.

Классический массаж проводился курсами, по 10-15 сеансов и 5 дней перерыв. Выполнялся он для уменьшения спазма мышц и приведения в тонус расслабленных мышц. Для этого использовали различные приемы: гребнеобразное, щипцеобразное и концентрическое поглаживание- случае спазма, разминание и поколачивание при атонии мышц.

Результаты. Результативность терапии по категориям: общение, передвижение, самообслуживание, игровая деятельность- была больше в группе, где применялись лечебная физкультура в домашних условиях. После нашего курса и у них появились хорошие изменения. Используя запланированный комплекс упражнений, направленных на развитие ощущений, могли улучшить состояние двигательной сферы ребенка с дефектом нервной системы. Присутствие родителей поднимал моральный дух детей, сделал его более стойким, старался сильнее или утешал во время проведения особо изнуряющих упражнений. Все эти упражнения с матерью играют огромную роль в адаптации больного к внешним условиям. Предлагаемая нами лечебная физкультура в домашних условиях наиболее эффективные легко выполняемые и дали очень хорошие результаты сравнивая с предыдущей группой. Те дети которые занимались в домашних условиях хоть мало, но научились самообслуживанию. У гипертонусах понизился тонус, наоборот у гипотонуса- повысилась.

Выводы. И так, ДЦП- это неизлечимое заболевание, но лечебной физкультурой в домашних условиях можно облегчить его последствия и синдромы. При этом применять, лекарственные препараты еще улучшить состояние ребенка. Все эти упражнения с матерью играют огромную роль в адаптации больного к внешним условиям. Предлагаемая нами лечебная физкультура в домашних условиях наиболее эффективные легко выполняемые и дали очень хорошие результаты.

ГИПЕРГЛИКЕМИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Эргаибаева Д.А., Адилова Г.Р., Хусанова Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Существуют 2 принципиальных подхода к коррекции гипергликемии у недоношенных детей, получающих внутривенную дотацию глюкозы.

Первый - снижение скорости поступления глюкозы. Однако это является краткосрочным решением, поскольку снижение дотации приводит к уменьшению калоража. Второй метод - инсулинотерапия. Показано, что ранняя инсулинотерапия ассоциируется с более высоким риском развития гипогликемии.

Цель исследования. Оценить целесообразности назначения инсулина при гипергликемии у недоношенных новорожденных

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 68 новорождённых детей с очень низкой массой при рождении $1326 \pm 119,8$ г и гестационным возрастом $29 \pm 1,1$ недель. У всех детей в раннем неонатальном возрасте отмечалась гипергликемия: $(9,3-10,2$ ммоль/л; глюкозурия — $0,2-0,5$ ммоль/л).

Результаты исследования. У всех новорождённых отмечались такие нарушения неонатальной адаптации как синдром дыхательных расстройств и церебральная патология. По поводу гипергликемии 45-и новорождённым был назначен инсулин. Остальные 23 ребёнка инсулин не получали.

Определение уровня глюкозы крови проводилось глюкозооксидазным методом с помощью набора «Фотоглюкоза». Принцип метода основан на окислении D-глюкозы кислородом воздуха при каталитическом действии глюкозооксидазы. Уровень глюкозурии определялся калориметрическим методом по Альтгаузену.

В группе детей, получавших инсулин, калораж увеличился с 38 ± 30 до 68 ± 19 ккал/кг/сутки. У детей без инсулина калораж составил 39 ± 21 ккал/кг/сутки. Сроки достижения массы тела при рождении в группе детей, получавших инсулин — 10 ± 5 дней, без инсулина — 11 ± 6 дней. Уровень гликемии всех новорожденных стабилизировалось на 10–13 сутки жизни. У 16 детей (9 — с инсулином и 7 — без инсулина) были обнаружены внутрижелудочковые кровоизлияния 2 и 3 степени. Все дети были переведены на самостоятельное дыхание в возрасте 10 ± 3 дней.

Вывод. Гипергликемия у новорожденных детей с очень низкой массой тела следует рассматривать как транзиторное состояние. Назначение инсулина нецелесообразно.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Эргаибаева Д.А., Хусанова Х.А., Адилова Г.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Микробиологическое исследование микрофлоры кишечника с конца XX в. рассматривается как недостаточно информативный метод диагностики, не отражающий ее метаболическую активность. Для изучения метаболитов микрофлоры используются хроматографические методы: газожидкостная (ГЖХ), ионная, высокоэффективная жидкостная хроматография, газохромато-масс-спектрометрия.

Исследование короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) методом ГЖХ обладает высокой чувствительностью и специфичностью, простотой воспроизведения, возможностью быстрого получения результатов. В настоящее время в изученной нами доступной литературе не встретилось данных по нормативным значениям спектра КЖК у детей в возрасте от 0 до 6 мес, представлены лишь референсные значения у детей в возрасте от 6 до 12 мес.

Цель исследования. Оценка метаболической активности микробиоты кишечника у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 121 ребенка первого года жизни. Группу I составили дети от 2 до 30 дней жизни, группу II — дети 1–12 мес жизни.

Результаты исследования. Уровень уксусной кислоты (C2) в кале в целом у всех детей составил $0,794 \pm 0,01$ мг/г: в I группе — $0,839 \pm 0,034$ мг/г, во II группе — $0,779 \pm 0,012$ мг/г. Максимальное значение отмечалось в 3–6 мес — $0,823 \pm 0,028$ мг/г. Выявлены различия в содержании C2 в кале между новорожденными и детьми 6–12 мес ($p = 0,02$), между детьми 3–6 и 6–12 мес ($p = 0,04$). Пропионовая (C3) и масляная (C4) кислоты у всех детей составили $0,126 \pm 0,01$ и $0,079 \pm 0,01$ мг/г соответственно.

Наибольший уровень C3 отмечен в 6–12 мес наименьшие значения — у детей от 3 до 6 мес. Найдена положительная связь между уровнем C3 и возрастом ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Содержание C4 в кале у новорожденных составило $0,046 \pm 0,023$ мг/г, у детей 1–12 мес — $0,091 \pm 0,01$ мг/г ($p = 0,02$); максимальное значение C4 — $0,114 \pm 0,02$ мг/г — отмечалось в 6–12 мес. Выявлена тенденция к увеличению уровня C4 в кале с возрастом. Суммарное содержание кислот в кале составило $6,908 \pm 0,67$ мг/г: в I группе $10,379 \pm 1,87$ мг/г, во II группе — $5,764 \pm 0,61$ мг/г ($p = 0,02$).

Наименьшее суммарное содержание кислот — у детей 3–6 мес ($2,285 \pm 0,05$ мг/г). К 1 году жизни суммарное содержание КЖК уменьшалось ($r = -0,365$; $p < 0,005$). Анаэробный индекс в целом составил $0,319 \pm 0,04$ мг/г, максимальное значение — у детей 6–12 мес, наименьшее — в 3–6 мес.

Вывод. Метаболическая активность микробиоты кишечника изменяется с возрастом ребенка. Маркер облигатной микрофлоры C2 имеет более высокие значения у новорожденных. Маркер «анаэробизации» — C3 — имеет тенденцию к нарастанию, уровень C4 — достоверное нарастание от периода новорожденности к 1 году жизни.

ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Эргашев Н.Ш., Эргашева Н.Н., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент.*

Актуальность. Врожденные дизрафии каудального отдела позвоночника и спинного мозга у детей могут проявляться двигательными нарушениями в виде вялых параличей и парезов нижних конечностей, различных расстройств чувствительности и функций тазовых органов; ортопедическими деформациями, трофическими изменениями в различных участках тела, а также нижних конечностей и сопровождаются стойкой инвалидизацией и социальной дезадаптацией больных. Ведущими в патогенезе трофических расстройств являются нейрогенные нарушения, сопровождающиеся резким снижением кровотока в микрососудах пораженной части тела, приводящие к ишемии, гипоксии и некрозу тканей.

Цель исследования – определить частоту, особенности течения, аспекты лечения и профилактики трофических язв при спинальной патологии у детей.

Материалы и методы. В отделениях плановой хирургии 2-ой клинической детской хирургической больницы города Ташкента находились 252 ребенка со спинномозговыми грыжами (СМГ): 229 (91,0%) из них оперированы, 23 (9,0%) не оперированы из-за неоперабельности патологии или отказа родителей. У 87 (34,5%) из них выявлены различные трофические расстройства (симметричные, асимметричные атрофии конечностей; трофические деформации; диспропорция различных участков тела) среди больных со СМГ. Развитие трофической язвы определено у 22 (25,3%) из 87 больных с трофическими расстройствами. Проведены комплексные клиничко-неврологические обследования и параклинические методы исследования (МСКТ, МРТ позвоночного столба и спинного мозга, электромиография мышц нижних конечностей).

Результаты и их обсуждение. Изучение анамнестических данных показало, что 19 (86%) из 22 больных перенесли оперативные вмешательства по поводу СМГ. Трофические язвы развивались при следующих клиничко-морфологических вариантах СМГ: менингомиелоцеле (12), менингомилорадикулоцеле (7), миелоцистоцеле (2), рахизисе (1). Возникновение данного осложнения наиболее часто фигурировало при сочетаниях СМГ с другими аномалиями, в том числе при первичном и вторичном тетринг синдроме. Трофические язвы имели различную форму: округлую – 3 (13,6%); овальную – 4 (18,2 %); неправильную – 15 (68,2%); размеры их колебались от 2,0 x 2,0 см до 2,0 x 4,0 см. Односторонние поражения встречались в 10 (45,5%), двусторонние – в 12 (54,5%) случаях. Боли в области трофической язвы умеренны или отсутствуют, что связано с понижением чувствительности в пораженной зоне. Поэтому больные обращаются поздно, когда язва увеличивается в размерах и появляются боли, обычно связанные со вспышкой инфекционного воспалительного процесса в окружающей ткани с развитием гнойно-деструктивного процесса, длительным течением, вялым заживлением, склонностями к рецидиву.

Лечение трофико-некротических поражений направлено на снижение проявлений интоксикации, коррекцию анемии, гипопроотеинемии с применением антибактериальной терапии с учетом антибиотикограммы. В комплекс лечения включали витамины, иммуномодулирующие средства, препараты улучшающие микроциркуляцию. Широко использовали физиолечение (УФО, УВЧ, электрофорез с новокаином, антибиотиками).

В заключение следует отметить, что трофические язвы принимают хронически-рецидивирующее течение с тенденцией к увеличению размеров и охвату глуболежащих тканей, независимо от причины возникновения. Лечение больных с трофическими язвами требует участия различных специалистов. Профилактические мероприятия способствуют снижению тяжелых последствий данного осложнения и самой болезни.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

*Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Назаров Н.Н., Хакимов Т.П.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Проблема эхинококкоза, несмотря на достигнутые успехи в его диагностике и лечении, в настоящее время остается до конца не изученной и весьма актуальной в детской хирургии. Ввиду отсутствия патогномоничных симптомов, а также длительного бессимптомного течения эхинококкоз диагностируется в ряде случаев случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Нередко заболевание распознается при присоединении к нему различных осложнений, частота которых колеблется от 15 до 52%, что значительно ухудшает течение заболевания и результаты хирургического вмешательства. Основным методом диагностики эхинококкоза является традиционная рентгенография и ультразвуковое исследование (УЗИ). Тем не менее, сравнительный, анализ чувствительности, специфичности и точности рентгенографии и УЗИ в диагностике эхинококкоза у детей на сегодняшний день представлен в литературе недостаточно.

В последние годы большее внимание уделяется изучению генетических аспектов в развитии паразитарных заболеваний, в том числе эхинококкоза. Выявление генов-кандидатов восприимчивости позволит прогнозировать возникновение и характер течения заболевания. До настоящего времени не определены генетические маркеры предрасположенности к цистному эхинококкозу. По данным многих авторов, эхинококк легких (ЭЛ) занимает первое место и составляет 50 – 55% среди других локализаций.

Цель исследования. Обобщить на основании собственных клинических наблюдений и литературных данных аспекты диагностики и результатов лечения детей с эхинококкозом легких.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 53 ребенка в возрасте от 2 до 15 лет с ЭЛ, оперированных по поводу ЭЛ в отделении торакальной хирургии 2 ГДХКБ с 2010г. по 2015г. Мальчиков было 38 (71,7%), девочек – 15 (28,3%). Детей 2-7 лет было 32 (60,4%), 8-10 лет – 12 (22,6%), 11-15 лет – 9 (17,0%). Среди больных значительно преобладали жители сельских местностей 42 (79%), городских детей было 11 (21%). Клиническое обследование детей с эхинококкозом включало изучение жалоб, анамнеза, общего и локального статуса. Рентгенологическое исследование выполнено 51 ребенку, УЗИ – 49; 38 пациентам в с целью дифференциальной диагностики применена компьютерная томография.

Результаты и обсуждение. ЭЛ у 47 – 88,7% больных был солитарным: у 30 (63,8%) кисты имели правостороннее расположение, у 17 (36,2%) - левостороннее. У 6 (11,3%) больных солитарные кисты были расположены с двух сторон. При сочетанном эхинококкозе печени и легких у 13 (24,5%) больных кисты также были солитарными.

Окончательный объем и характер операций устанавливается во время операции. Всем 53 больным с множественным и сочетанным ЭЛ были проведены оперативные вмешательства. Локализация эхинококковой кисты в той или иной зоне легкого имеет значение для выбора оперативного доступа. У 25 детей эхинококкэктомия проводилась переднебоковым доступом, у 14 - передняя торокотомия, боковой доступ применяли у 5 больных, заднебоковая торокотомия – у 2, у 3 – лапаротомия, у 2 – тороколапаротомия и у 2 – боковая торокотомия с двух сторон.

При органосохраняющей тактике ликвидация остаточной полости при 1 типе расположения ЭК производилась в основном по способу Дельбе – у 20 (37,7%) больных. При 2 типе расположения способом Боброва – Спасокукоцкого – у 11 (20,8%), при 3 типе больших - гигантских кистах применяли способ А.Т. Пулатова – 7 (13,2%) больным и по Вишневскому – 9 (17,0%) больным. В 6 (11,3%) случаях использованы комбинированные способы ликвидации полости.

После операции по А.А. Вишневскому осложнение наблюдалось у 1 (1,9%) больного - бронхиальный свищ и пневмония у 1 (1,9%) - больного. По А.Т. Пулатову - 5 (9,4%) осложнений: бронхиальные свищи у 1 (1,9%) больного, остаточная полость у 1 (1,9%) больного, ателектаз доли легкого у 1 больного, пневмония у 1 (1,9%) больного и реактивный плеврит у 1 (1,9%) больного. Капитонаж по Дельбе и по Боброву - Спасокукоцкому осложнений не наблюдалось.

Выводы. ЭЛ наиболее часто наблюдается у детей в возрасте 2-7 лет (60,4%). ЭЛ и печени является наиболее частым видом сочетанного поражения – 24,5%.

Для установления характера предоперационной подготовки, вида оперативного доступа и способа завершения операции следует учитывать размеры, локализации, вид осложнений одиночных или множественных паразитарных кист.

БОЛАЛАРДА ҚОРИННИНГ ТЎМТОҚ ШИКАСТЛАНИШИДА ҚОРИН БЎШЛИГИДА ЭРКИН СУЮҚЛИКНИ ДАВОЛАШ МЕТОДИНИ ТАНЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

*Эргашев Н.Ш., Туракулов З.Ш., Ибрагимов Ж.Х., Исаков Н.З., Бозоров Ш.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Қорин бўшлиғининг тўмтоқ жароҳати бўлган болаларни текшириш ва даволаш диагностикаси, айниқса, қорин бўшлиғининг компьютер томографияси муҳим аҳамиятга эга. Қорин бўшлиғида эркин суюқлик (ҚБЭС) ва паренхимал органларнинг шикастланишлари бўлган гемодинамик кўрсаткичлари барқарор болалар учун стандарт даволаш консерватив даво ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади. Болаларда ушбу шикастланишнинг хусусиятлари ва даволашда ҚБЭКни аниқлашнинг аҳамиятини ўрганишдаги тажрибамизни тавсифлаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотга қорин бўшлиғининг ўткир шикастланиши билан бизнинг шифохонамизга ётқизилган 18 ёшдан кичик болалар киритилган, уларда КТ виссерал шикастланиш белгиларисиз туғма юрак касаллиги борлигини аниқлаган. Биз беморларнинг демографик маълумотларини, уларнинг клиник ҳолатини, текшириш натижаларини, шунингдек даволаш хусусиятларини (консерватив ва жарроҳлик) тўпладик ва таҳлил қилдик.

Натижалар. Тадқиқотда қорин бўшлиғининг тўмтоқ жароҳати бўлган 108 нафар бола иштирок этди, улар 2013 йилдан 2018 йилгача бўлган даврда қорин бўшлиғи КТ ўтказдилар. 26 (24%) нафар беморда ҚБЭК аниқланди. Текширув гуруҳида ўғил болалар устунлик қилишди; ўртача ёши 7-8 ёшни ташкил этди. Ҳамма шикастланишларнинг кўп қисми автохалокатларга тўғри келди. Шифохонага ётқизилган 8 нафар беморда қорин пайпасланганда оғриқлар мажжуд. 22 нафар бемор болада ҚБЭС аҳамиятсиз даражада, 2 нафарида – ўртача даражада, 2 нафарида эса – аҳамиятли даражада эканлиги аниқланди. Эркин суюқлик асосан гепаторенал чўнтагидан топилиб. Ўртача ва сезиларли миқдордаги гуруҳдан битта бемор болада ҚБЭС қўшимча текширувдан ўтказилгандан сўнг аниқланди.

Хулоса. Қорин бўшлиғининг тўмтоқ жароҳати бўлган болаларда КТ ёрдамида фақатгина ҚБЭС ташҳиси қўйилган болалар консерватив даволанишга муҳтож. Шунга қарамай, ушбу беморларни даволашда жарроҳлик аралашувни ўз ичига олган ҳолда ички органларда жароҳатланиш даражасини эрта аниқлаш учун шифохонага ётқизиблиб, қайта текширувлардан ўтказилиши керак.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИГИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЙЎҒОН ИЧАК ЖАРОҲАТИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

*Эргашев Н.Ш., Исаков Н.З., Туракулов З.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Йўғон ичак ва ингичка ичак жароҳатлари ҳар доим ҳам замонавий диагностика ва даволаш усуллари талаб қиладиган замонавий шошилиш жарроҳлигининг долзарб муаммосидир. Бугунги кунда диагностика ва даволаш усуллари фойдаланиш учун кенг доирада ишлаб чиқилиб, татбиқ қилинганлигига қарамай, бундай беморлар клиник маълумотларнинг ноаниқлиги сабабли кўпроқ эътибор талаб қилмоқда. Бу муаммоларни бартараф этишда тиббиёт ходимларининг шахсий тажрибаси ва профессионаллиги ҳам муҳим рол ўйнайди.

Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати натижасида содир бўлаётган ўлимларнинг асосий сабабларидан бири ингичка ичакнинг шикастлаши билан перитонит ва кон йўқотишдир. Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан ингичка ичакнинг шикастланиши ҳар хил хусусиятга эга бўлиши мумкин: жарроҳлик даволанишни талаб қилмайдиган ичакнинг шикастланишлари - кўқарган ёки майда гематомасидан тортиб то шикастланган соҳанинг ҳаёт фаолияти тўлиқ бузилганлиги оқибатида кесиб олиб ташлаш даражасида намоён бўлиши мумкин.

Тадқиқот мақсади: Болаларда қорин бўшлиғи шикастланишларида ингичка ичак ва йўғон ичак жароҳатини ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Тадкикот материаллари ва усуллари: 2010 йилдан 2019 йилгача РШТЁИМ АФ шифохонасининг болалар жарроҳлиги бўлимида даволанган йўғон ва ингичка ичак жароҳатлари бўлган 56 беморни даволаш натижалари ўрганилди. Беморларнинг ёши – 2-18 ёш. Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати ёки қорин олд девори шикастланган беморларни қабул қилишда стандарт физик ва лаборатория текшируви ўтказилди, гемодинамик баркарорлик баҳоланди ва зарур ҳолларда диагностикак лапароскопия ўтказилди.

Тадқиқод натижалар: Қон йўқотиш ҳажми тахминан ўртача 340 ± 115 мл ни ташкил этди. Жарроҳликнинг ўртача давомийлиги 57 минут. Реанимацияда бўлиш муддати 1-18 кун. Ичакларнинг шикастланишлари орасида ичак перфорацияси 9 та, сероз қаватнинг шикастланиши 14 та, 25 та трансмурал, 5 та тутқич ва деваскуляризация, 3 та йўғон ичак шикастланишлари орасида органлар синиши қайд этилган.

Дастлабки 6 соат ичида 37 бемор операция қилинди, биринчи кунда 15 бемор, қабул қилинган кундан бир кундан кўпроқ вақт ичида - 4 нафар бемор оператив даволанган. Беморлар ҳолатининг оғирлашиш сабаблари орасида геморрагик шок ва унинг оқибатлари, мианинг жиддий травматик шикастланиши мавжуд. Ташхисий лапароскопия 26 нафар беморда (46%), 15 нафар беморда ичакни резекция қилиш, 3 нафар беморда стома чиқариш амалиёти бажарилди.

Операциядан сўнг консерватив даво олган беморлар шифохонада ва яшаш жойида 7–38 кун давомида кузатилган. Қорин бўшлиғи патологияси бўйича такрорий операциялар 2 нафар беморда ўтказилди.

Хулоса: Шундай қилиб, йўғон ва ингичка ичак жароҳатлари билан оғирган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш қорин бўшлиғидаги шикастланишлар ҳолатида ичи бўш органларнинг шикастланишини таҳлил қилиш ва даволаш қийин иш деган хулосага қилишга имкон беради.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

*Юлдашев М.А., Гафуров А.А., Акбаров Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Выбор метода лечения с целью профилактики рецидива легкиx у детей.

Материалы и методы. Анализируются результаты лечения 147 больных с эхинококкозом лёгких в возрасте от 3 до 14 лет. Из этого числа мальчики составили 98, девочки – 49. Клинические проявления прорыва эхинококковой кисты в бронх, в большинстве случаев наблюдаются остро на фоне благополучного состояния (59 наблюдений). Прорыв кисты, как правило, сопровождается сильным кашлем с одномоментным выделением большого количества светлой жидкости при неинфицированной кисте, и мутной, с неприятным запахом – при инфицированной (48 наблюдений). У 11 пациентов жидкость содержала обрывки кутикулярной оболочки. При прорыве эхинококковой кисты больших размеров у всех детей наблюдались боли в соответствующей половине грудной клетки, повышалась температура тела до 38- 39 °С, одышка, явления дыхательной недостаточности вследствие аспирации бронхоспазма, аллергические реакции в виде кожного зуда и высыпания на коже.

Лечебная тактика предусматривала оказание срочной и экстренной помощи. При нагноении без прорыва больных готовили как к срочной операции: антибактериальная, десенсибилизирующая, детоксикационная терапия в течение 2 – 3 суток. Соответственно при прорыве нагноившейся кисты в бронх краткосрочная подготовка (12 – 24 часа), при разрыве кисты в плевральную полость консервативная терапия осуществлялась интраоперационно. Из 59 больных с осложнённым эхинококкозом, в 48 случаях производили эхинококкэктомию, хотя у 11 из них с прорывом кисты в бронх, она заключалась в удалении остатков хитиновой оболочки. Во всех случаях в остаточной полости были бронхиальные свищи различного калибра, которые ушивались в пределах фиброзной капсулы. Остаточные полости ликвидировались модифицированным методом Вишневого: выступающие края остаточной полости, подтягивая, фиксировали непрерывным кетгутовым швом в вывернутом состоянии в виде сигары к висцеральной плевре, чтобы сделать остаточную полость более плоской. В остальных случаях производилась декорткация ателектазированной лёгкого и санация плевральной полости с последующей обработкой остаточной полости (3 больных) вышеизложенным методом. В 5 наблюдениях в связи с полной атрофией поражённой доли и трансформацией её в фиброзную ткань последняя иссечена на уровне корня лёгкого.

Заключение. Таким образом, изложенные особенности клинической картины осложнённого эхинококкоза лёгких способствуют своевременной диагностике заболевания, выбора хирургического лечения и профилактике осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАСТИТОВ У ДЕТЕЙ

*Юлдашев М.А., Исаков Н.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Маститы детского возраста являются патологией, имеющей большое медицинское и социальное значение. Считается, что маститы характерны для периода новорождённости, между тем, появляются сведения об актуальности маститов у девочек пубертатного возраста.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии, патогенеза, клиники маститов в детском возрасте, оптимизация диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проведена статистическая обработка историй болезни детей с заболеванием мастит за 2010 – 2019 гг. по материалам архива Андижанского областного детского многопрофильного центра. Изучение распределения детей по полу и возрасту выявило, что у младенцев первых 9 месяцев жизни маститы встречаются практически с одинаковой частотой среди пациентов общего пола. Далее, по мере увеличения возраста, наблюдается, с начала тенденции (до 3-х лет), а затем закономерность в росте частоты данной патологии среди девочек. Изучено распределение маститов по форме заболевания, течению, локализации и объёму поражения. Определены тактические

подходы к диагностике и лечению данной формы хирургической инфекции. Комплексные обследования больных включали: УЗИ молочных желѣз и органов малого таза, бактериологическое исследование содержимого из очага инфекции, общий анализ крови и мочи. Выявлено торпидное течение заболевания у девочек старшей возрастной группы, особенно при позднем оперативном вмешательстве.

Вывод. Таким образом, следует разделить тактические подходы лечения острых маститов у детей периода новорожденности и старшего возраста. Запоздавшая диагностика и оперативное лечение абсцесса в молочной железе у девочек старшего возраста приводят к затяжному течению заболевания, образованию кист. Комплексное лечение с эффективной эмпирической антибактериальной терапией, ранним радикальным вмешательством с использованием современных интерактивных повязок и применением в послеоперационном периоде вобэнзима способствовало более раннему выздоровлению.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОЗОНОТЕРАПИЮ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА БЕРЕМЕННЫХ

*Юлдашева А.Н., Худоярова Д.Р., Кобилова З.А., Шопулов Ш.А.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Беременность и роды являются фактором риска угрозы для жизни матери и ребенка при ВПС. Потребность в кислороде при беременности с ВПС увеличивается на 33-60% и более. Хроническая гипоксия у беременных с ВПС приводит к развитию у плода врожденных аномалий, поражению ЦНС, к преждевременным родам, к гипотрофии и рождению ребенка с признаками недоношенности в 29,2% - 40% случаях. Несмотря на то, что в последние годы наблюдается значительное улучшение в лечении беременности и родов у женщин с ВПС, пролангирование беременности и коррекция гемодинамических изменений все еще актуальна в акушерстве. В последние годы эффективность озонно-обогащенной инфузии физиологической жидкости для профилактики и лечения различных патологических состояний в акушерстве и гинекологии была предложена многочисленными исследованиями.

Цель исследования. Разработать профилактические меры осложнений родов при беременности с ВПС при лечении в комплексной терапии с озоном.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в родильном комплексе и кардиологическом отделении 1-клиники СамМИ. Анализу подвергнуто 35 пациенток, с 2013 по 2015 годы. Пациентки были в активном репродуктивном возрасте. Методами исследования послужили: общеклиническое обследование, лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, мазок из влагалища на флору), УЗИ, ЭКГ и ЭхоКГ. Обращает на себя внимание факт большого количества первобеременных, которые составили 21 (60%). У пациенток ВПС представлены: пролапсом митрального клапана без недостаточности кровообращения у – 45,7% пациенток, дефектом межпредсердной перегородки у 20%, дефектом межжелудочковой перегородки – у 17,1%, ПМК с недостаточностью кровообращения – у 8,6%, стеноз аортального клапана – у 2,9%, стеноз митрального клапана – у 5,7%, открытое овальное окно – у 2,9%.

Результаты исследования: Исследования показали, осложненное течение беременности наблюдалось у 28,6% (10) женщин. У беременных часто встречались угроза прерывания беременности в первом и во втором триместре в 11,4% случаях. При сравнении угроза прерывания беременности во втором триместре чаще встречалась у женщин с некоррированными пороками сердца – в более чем 17%. Анемия беременных наблюдалась 100% у всех наблюдаемых. По результатам исследования у 7 (20%) беременных с ВПС имелись проявления преэклампсии разной степени выраженности. Течение беременности у пациенток с врожденными пороками сердца осложнялось нарушением гемодинамики в виде сердечной недостаточности различной степени тяжести. Сердечная недостаточность I степени диагностирована в 25,7% (9), а II степени установлена у 5 (14,3%) пациенток второй группы.

В комплексное лечение беременных с ВПС входило оксигенация увлажненным кислородом и кардиотропные препараты которые были выбраны индивидуально, в зависимости от жалоб беременной, вида ВПС, гемодинамических нарушений и течение беременности. Помимо комплексной терапии применялось внутривенное введение озона во II половине беременности в сроке после 28 недель. Для этого 1000мкг/л озона растворялось на 100,0 мл физиологическом растворе, и вводят внутривенно со скоростью 5мл в минуту. Курс составляет 3 процедуры при недостаточности кровообращения I степени и 5 процедур при СН II ст.

Послеродовой период у женщин с ВПС зачастую осложнялся маточными кровотечениями, особенно при наличии сердечной недостаточности. В исследовании, несмотря на благополучное течение беременности 9 (25,7%) женщин родоразрешены оперативным путем по сочетанным показаниям. У пяти (14,2%) женщин оперативное родоразрешение проведено в связи с наличием рубца на матке. Экстренное оперативное родоразрешение было в 4 (11,4%) случая. У рожениц родоразрешенные через естественные пути, были отмечены такие осложнения родового акта как: родовое излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, быстрые роды, гипотоническое кровотечение. Отмечено окрашивание околоплодных вод меконием было в 8,5% (3) случаях.

Врожденный порок сердца способствует формированию субкомпенсированных форм плацентарной недостаточности, о чем свидетельствует высокий процент задержки внутриутробного развития в 20% (7) детей. Плацентарная недостаточность, диагностированная при ультразвуковом исследовании с доплерометрией отмечена лишь у одной (2,86%) беременной. Рождение детей с синдромом внутриутробной задержки развития плода, гипоксия плода при кардиотокографическом исследовании диагностирована также у 1 (2,86%) женщины. Врожденный порок развития плода (гидроцефалия), выявленная при УЗИ скрининге диагностирована у 1(2,8%) беременной с ВПС.

Выводы. Таким образом, исследование еще раз доказывает, что беременные с врожденными пороками сердца входят в группу высокого риска по поводу осложнений беременности и послеродового периода, материнской и перинатальной смертности. При ВПС беременных необходимо госпитализировать (за 3 недели до предполагаемых родов) для определения акушерской тактики.

У женщин с врожденными пороками сердца установлено осложненное течение беременности в 2 раза чаще по сравнению с женщинами без порока сердца. В частности, угроза прерывания беременности в I и II триместре наблюдалась на 20,2%, анемия беременных на 54,2%, оперативное родоразрешение на 58%, самопроизвольные аборты на 2-3%,

преждевременные роды на 18%, и у детей рожденных от беременных с ВПС наблюдается задержка внутриутробного развития плода на 28%, врожденные аномалии развития ССС на 7-8%, поражение ЦНС на 37%, рождение с признаками недоношенности на 15-20% больше встречается.

По данным исследования после лечения, осложнения родов и послеродового периода было значительно меньше чем у пациентов которые не получали озонотерапию. Комплексной терапии с озоном помогает снизить частоту кесарева сечения и осложнений как беременности так и послеродового периода.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ

Юлдашев И.Р., Абдуллаев Н.Ч.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистане

Бронхиальная астма (БА) занимает ведущее место в структуре заболеваний органов дыхания и является важнейшей проблемой клинической медицины, пульмонологии. БА относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний современного общества: в мире – около 300 млн больных астмой. Особенностью наступившего столетия является увеличение числа пациентов, имеющих сочетанную патологию. В первую очередь это касается БА и аллергического ринита (АР). Согласно данным эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах мира, распространенность БА составляет от 1 до 18 %, а распространенность АР колеблется от 10 до 25 %. Для своевременной диагностики и прогноза течения заболеваний органов дыхания у детей большое значение приобретает анализ взаимосвязи между уровнем контроля БА, функциональными параметрами и степенью выраженности воспаления.

Материалы и методы. Было проведено клиническое обследование 96 больных БА, проходивших лечение в отделении пульмонологии и аллергологии городской детской клиники №5 г. Ташкента. Из них 65 пациентов – с БА в сочетании с АР и 31 – с изолированной БА. Среди обследованных больных было 56 девочек и 43 мальчика в возрасте от 4 до 16 лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей. Всем обследованным детям проводили общеклинические и лабораторные исследования (аллерго-тест), а также иммунологические исследования (определение уровня цитокинов в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа). Расчеты и оценка результатов выполнены с помощью программы Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0 StatSoft.

Результаты и обсуждение. У большинства (66,7 %) обследованных пациентов была выявлена отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям. Частота АР у родственников пациентов с БА в сочетании с АР достоверно ($p < 0,05$) превышала аналогичный показатель при изолированной астме (38,1 % и 15,2 % соответственно). У самих пациентов с сочетанной патологией достоверно чаще, чем при изолированной БА ($p < 0,01$), встречались такие аллергические заболевания, как аллергический конъюнктивит (68,6 % и 6,1 % соответственно) и атопический дерматит (30,5 % и 6,1 % соответственно). Статистически достоверными ($p < 0,05$) в данных группах были различия по частоте встречаемости у пациентов проявлений лекарственной (34,3 % и 12,1 % соответственно) и пищевой (34,3 % и 15,2 % соответственно) аллергии. Проведенный аллерго-тест выявил, что в группе пациентов с БА в сочетании с АР наиболее значимыми были пыльцевые аллергены (частота встречаемости пыльцевой сенсибилизации составила 77,1 %, у пациентов с изолированной БА – 45,5 %). Сенсибилизация к бытовым и эпидермальным аллергенам преобладала в группе пациентов с изолированной БА (90,9 % и 60,6 % соответственно), что статистически значимо ($p < 0,01$) превышало аналогичные показатели при сочетании БА и АР (74,3 % и 34,3 % соответственно). Преобладание пыльцевой сенсибилизации у пациентов с БА в сочетании с АР, вероятно, можно объяснить тем, что частицы пыльцы, являясь высокомолекулярными аллергенами, оседают на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, особенно при нарушении их проходимости. Частота встречаемости патологии верхних дыхательных путей в виде аденоидов, искривления перегородки носа, полипов у пациентов с БА в сочетании с АР составила 21,9 %, что достоверно ($p < 0,01$) превысило аналогичный показатель у больных с изолированной астмой (3,0 %). Было выявлено, что в группе больных БА и АР в 42,9 % случаев симптомы ринита предшествовали появлению симптомов астмы. Однако своевременно диагноз АР был выставлен только 18,1 % пациентов, в 53,3 % случаев он выставлялся одновременно с диагнозом БА, в 28,6 % случаев – позже. Изучение особенностей цитокинового профиля больных БА в сочетании с АР выявило, что в группе обследованных пациентов сывороточные уровни IL-1 β и IL-8 в 5 раз, а IFN- γ в 2 раза превысили соответствующие показатели контрольной группы. Проведенный нами сравнительный анализ показателей цитокинового профиля сыворотки крови у больных с различным уровнем контроля БА выявил достоверное ($p < 0,05$) повышение IFN- γ и снижение IL-8 у пациентов с неконтролируемой астмой. Известно, что решающую роль в иммунопатогенезе аллергических заболеваний играют Th2-лимфоциты и продуцируемые ими цитокины. Повышенное содержание IFN- γ , который является цитокином Th1-лимфоцитов, можно объяснить тем, что он участвует в поддержании и усилении уже развившегося аллергического воспаления совместно с цитокинами Th2-лимфоцитов.

На основании результатов проведенного исследования и комплексного статистического анализа были сделаны следующие выводы: у пациентов с БА в сочетании с АР достоверно чаще, чем у больных с изолированной астмой, встречались лекарственная и пищевая аллергия (34,3 %), пыльцевая сенсибилизация (77,1 %), сопутствующая патология верхних дыхательных путей (21,9 %), а также отягощенная наследственность по АР (38,1 %); выявлена зависимость уровня IFN- γ и IL-8 в сыворотке крови у пациентов с БА в сочетании с АР, что позволяет рассматривать указанные параметры в качестве возможных критериев контроля над течением астмы.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

Юлдашева О.С., Камилова М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Угроза прерывания беременности является одной из причин преждевременных родов. Этиологическими факторами являются воспаление инфекции резус конфликт гормональная недостаточность.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения дюфастона для лечения угрожающего прерывания беременности в первом триместре.

Материал и методы исследования. Лечение беременных с угрожающим невынашиванием беременности проводилось в двух группах. В I группе (37 женщин) на фоне общепринятой терапии применяли дюфастон: одномоментно 40 мг, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов угрозы, после чего в минимальной дозе продолжали до 19-20 недель беременности. Во II группе (20 женщин) получали угрожающую 200 мг в сутки в течение 10 дней. При обследовании использовали эхографию, по показаниям определяли в плазме уровень прогестерона. Из группы исследования были исключены беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, признаками урогенитальных инфекций, гиперандрогении. В отличие от других прогестагенов дюфастон лишен эстрогенного, андрогенного, анаболического и других нежелательных эффектов.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенных клинических и лабораторных исследований позволили установить диагноз угрозы аборт, обусловленного прогестерон-дефицитным состоянием. Беременность удалось сохранить в I группе у всех пациенток, во II группе беременность сохранена у 12 женщин, однако у 4 женщин во II триместре беременности в связи с продолжающимися признаками угрозы использовались токолитики. У 8 женщин произошли выкидыши. Побочных реакций при использовании дюфастона не отмечено.

Выводы. Полученные нами данные позволяют считать, что дюфастон является эффективным гормональным препаратом для лечения угрозы прерывания беременности на ранних сроках, связанного с прогестероновой недостаточностью.

ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Юнусов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность проблемы часто и длительно болеющих детей связана со значительным количеством пациентов, которых можно отнести к данной категории. Цель исследования: представить нозологическую и этиологическую структуру заболеваний часто и длительно болеющих детей в зависимости от возраста.

На долю часто болеющих детей в среднем приходится до 70–85% всех случаев респираторных заболеваний пациентов детского возраста. Среди школьников наиболее подвержены респираторным инфекциям учащиеся начальных классов — до 50% всех случаев ОРВИ.

Цель исследования. Изучение этиологической структуры инфекций верхних дыхательных путей у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ истории болезни 40 детей младшего школьного возраста с острыми респираторными инфекциями на аденовирусную инфекцию и вирус парагриппа. Вирусы были диагностированы серологическим методом определения нарастания титров антител.

Результаты исследования. Кровь у больных для исследования брали два раза, т. е. в период разгара заболевания, а также в период выздоровления. Параллельно для выявления патогенной флоры было проведено бактериологическое исследование мазка из зева и слизистых оболочек носа. Результаты исследования показали, что у 2 больных титры антител на аденовирус нарастают 1,5 раза, у 20 (50%) больных титры антител на парагрипп нарастают в несколько раз. Клиническая картина у 15 (37,5%) больных проявлялась фарингитом, у 7 (17,5%) — ринитом. Основными симптомами больных с фарингитом были боли при глотании, повышение температуры, головная боль. При осмотре отмечалось покраснение задней стенки глотки, увеличение небных миндалин, увеличение лимфатических узлов на шее и белый налет в зеве.

У больных с ринитом отмечали такие симптомы, как насморк, субфебрильная температура, заложенность носа, чихание, серозное выделение из носа. Аденовирусная инфекция протекала с явлениями конъюнктивита. У 12 (30%) больных парагриппозная инфекция сочеталась с бактериальной инфекцией: посев из слизистых зева и носа у этих больных обнаружил наличие стрептококковой флоры.

Вывод. Таким образом, в этиологической структуре инфекций верхних дыхательных путей у детей младшего школьного возраста существенная роль принадлежит вирусу парагриппа и бактериальной инфекции.

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ БРОНХИОЛИТОМ

Юнусов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Термином «бронхиолит» обозначают большую группу многочисленных патологических процессов, связанных с воспалением мелких дыхательных путей. При этом изменения в бронхиолах могут являться лишь составной и не определяющей частью основного патологического процесса органов дыхания. В качестве примера можно привести пневмонию, идиопатический фиброзирующий альвеолит, гистиоцитоз и др. Патология в мелких бронхах может быть и у пациентов с другими заболеваниями внутренних органов, не связанными прямо с болезнями дыхательных путей,

такими как васкулиты, злокачественные опухоли. В случаях, когда патологический процесс в бронхиолах определяет патогенез, клиническую картину и прогноз, он имеет нозологический характер и является самостоятельным заболеванием.

Актуальность этой проблемы обусловлена еще и тем, что ХОБ медленно прогрессируя, постепенно трансформируется в хроническую обструктивную болезнь взрослых [18], которая занимает одно из первых мест среди причин смерти. Своевременная диагностика и адекватное лечение ХОБ у детей позволят замедлить прогрессирование патологического процесса и улучшить отдаленный прогноз течения заболевания. С целью улучшения оказания пульмонологической помощи населению нами, на основании данных мировой литературы и опыта работы, подготовлено учебно-методическое пособие по выявлению и наблюдению детей с ХОБ для студентов и практикующих врачей.

Цель исследования. Оценить исходы течения ХОБ у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 139 детей в возрасте от 2 до 14 лет, из них мальчиков – 82, девочек – 57. На каждого больного составлена индивидуальная тест-карта, содержащая данные анамнеза, клинического течения заболевания, результатов радиологического, функционального и иммунологического методов исследования.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных позволил выявить острый бронхит у 108 (78%) наблюдавшихся детей в ранний период жизни, с формированием облитерирующего бронхолита к 3-м годам. Из них, в 56 (40,3%) случаях причиной развития болезни была аспирация околоплодными водами или меконием во время родов, с последующим развитием ирритативного неинфекционного бронхолита. У 52 (37,4%) детей грудного возраста перенесенная острая респираторная инфекция была толчком к развитию острого, а в последующем и облитерирующего бронхолита.

У 31 (22,3%) больных в возрасте 3–4-х лет под воздействием вирусно-бактериальной инфекции имел место острый бронхит с переходом в облитерацию при последующих обострениях. Базисная ингаляционная терапия беродуалом и пульмикортом с помощью небулайзера проводилась длительно у 102 (73,3%) больных. Динамическое наблюдение за детьми проводилось в течение 5–8 лет.

В большинстве случаев у 113 (81,3%) при раннем адекватном лечении заболевание заканчивалось полным клиническим выздоровлением к 10–12 годам жизни. У 26 (19%) отмечалась облитерация бронхов, развивался пневмоклероз. Бронхоэктазы были сформированы в 11 (8,1%) случаях.

Вывод. Катамнестическое наблюдение за больными с ХОБ позволило установить благоприятное течение болезни с последующим клиническим выздоровлением в случаях ранней диагностики и длительном адекватном лечении заболевания.

ЧАСТОТА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Юнусов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Легочная гипертензия у детей (ЛГ) – это гетерогенное многофакторное состояние, которое может осложнять большой спектр заболеваний, включая врожденные и приобретенные пороки сердца, системные заболевания соединительной ткани, ВИЧ инфекцию, портальную гипертензию, патологию щитовидной железы, болезни накопления, гемоглобинопатии, заболевания органов дыхания, либо быть самостоятельным, изолированным заболеванием. В отличие от взрослых больных у детей заболевание имеет клинические, патогенетические и гемодинамические особенности, в основе которых фундаментальные отличия растущего и уже сформированного организма. Легочный органогенез и ангиогенез находятся в строгой взаимосвязи. Любые нарушения формирования, роста и развития легочной ткани могут сопровождаться нарушением формирования и легочной сосудистой стенки. Так же изменения структуры и функции легочных сосудов неизменно сопровождаются периваскулярными нарушениями структуры альвеолярной ткани.

Цель исследования. Определить риск реализации легочной гипертензии у детей с ВПС. Пациенты и методы. Изучены медицинские карты 82 детей с врожденными пороками сердца, находившихся на лечении в АОДБ за 2019 год в возрасте от 0 дней до 16 лет. Больные были разделены на следующие возрастные группы: 1 группа — дети до 1 года (n = 38), 2 группа — 1–5 лет (n = 14), 3 группа — 5–10 лет (n = 18), 4 группа — 10–16 лет (n = 12).

Результаты исследования. По результатам исследования установлено, что изолированные пороки встречались у 35 детей (42,7%), а в более половины случаев (57,3%) были представлены комбинированными ВПС. Самой многочисленной была 1 группа, дети до 1 года составили 46,3% от всех пролеченных пациентов, из них в возрасте до 6 месяцев было 28 детей (60,1% от детей до 1 года). Легочная гипертензия (ЛАГ), ассоциированная с ВПС, была верифицирована у детей 1 группы в 10,5%, у детей 2-й группы в 7,1%, 3-й группы — 16,6%, в 4-й группе легочная гипертензия не была верифицирована.

Эхокардиографическое подтверждение гиперволемии малого круга кровообращения, как предиктора развития ЛАГ, выявлено в 21,1% случаев среди детей 1 группы, во 2-й — 7,1%, 3 — 1–0%, в 4-й — 25%.

Вывод. В структуре врожденных пороков сердца у детей наблюдается превалирование комбинированных пороков. Частота ВПС и связанный с ними риск развития ЛАГ значимо выше у детей до 1 года жизни. В этой связи ранняя диагностика и своевременная хирургическая коррекция позволят улучшить прогноз детей с ВПС.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Юнусов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет – заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме, характеризуется серьезным нарушением обмена углеводов с гипергликемией (повышение содержания сахара в крови) и глюкозурией – появление сахара в моче (сахарное мочеизнурение).

Таким образом можно сделать вывод, что реабилитация пациентам при нарушениях обмена веществ нужна, так как с помощью нее пациент быстрее справится со своей проблемой и будет чувствовать себя лучше.

Цель исследования. Оценка эффективности программы реабилитации детей, больных инсулинозависимым сахарным диабетом, на базе отделения медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования. Обследовано 115 больных СД 1-го типа в возрасте от 5 до 18 лет, госпитализированных в дневной стационар при АОДБ в период с 2018 по 2019 г. включительно. Данный дневной стационар оказывает помощь на третьем этапе медицинской реабилитации.

Результаты исследования. В 2018 г. пролечено 85 пациентов с СД1, что составило 14,2% от общего числа больных в стационаре за год. В 2019 г. на лечении находилось 30 детей — 2,5% всех госпитализированных. Среднее пребывание больного на койке составило 11,9 (норматив 11,0 к/дня), превышение — на 0,9 к/дня. Среди инвалидов доля девочек 46,5%, мальчиков — 53,4%. Дети-инвалиды чаще всего встречались в возрастной категории от 5 до 9 лет (34,4%). В комплексную программу реабилитации входили сухие углекислые ванны, иглорефлексотерапия, электрофорез цинка на область проекции поджелудочной железы, ультразвук на область липодистрофий, ЛФК, лечебное плавание, работа с психотерапевтом. Выписаны с улучшением 114 детей (97,7% от общего числа пролеченных больных). За 2019 г. 35 случаев — 100%, за 2018 — 79 (99,2%). Без перемен — 0 случаев за 2019 г., за 2018 — 1 (0,8%), что не связано с причинами основного заболевания; случаев перевода в другое отделение (круглосуточный стационар) не отмечалось.

Вывод. При анализе работы стационарозамещающих технологий отмечается увеличение доли детей, получающих курсовое реабилитационное лечение на базе дневного стационара и выписывающихся с улучшением.

ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Юнусов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Наибольшее распространение бронхиальная астма имеет среди детского населения (5-10%) по сравнению со взрослым (5%). Обострения бронхиальной астмы нередко препятствуют посещению детьми дошкольных учреждений и школьных занятий, снижают качество жизни больных и их семей. Это выдвигает проблему бронхиальной астмы на одно из первых мест в клинической педиатрии. Среди проблем, связанных с ведением больных бронхиальной астмой у детей, врачу приходится решать ряд вопросов, таких как первичная диагностика, установление степени тяжести заболевания, контроль за состоянием ребенка и эффективностью проводимой терапии.

Цель исследования. Разработать нормативы показателей пиковой скорости выдоха у детей и подростков в возрасте 4—17 лет с представлением в виде центильных величин; провести сравнительный анализ показателей пиковой скорости выдоха у здоровых детей в возрасте 4—17 лет и детей, больных бронхиальной астмой различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. В процессе работы проведено обследование здоровых детей с целью уточнения их пиковой скорости выдоха, формирование нормативных величин, изучение суточной лабильности бронхиальной проходимость по данным ПФМ. Обследование детей, больных бронхиальной астмой, уточнение показателей пиковой скорости выдоха и изучение суточной лабильности бронхопроходимости. Сравнение показателей ПСВ и лабильности бронхов у здоровых детей и детей с бронхиальной астмой. Всем детям производили антропометрические измерения: рост, масса тела, окружность грудной клетки. По росту дети были объединены в группы по 5 см: от 96 до 185 см, девочки 96-180 см, мальчики 96-185 см. Таким образом, получилось 18 ростовых групп. В большинстве ростовых групп мальчиков и девочек примерно равное количество.

Результаты исследования. Разработаны нормативы показателей пиковой скорости выдоха у здоровых детей и подростков при исследовании большой выборки (3640 человек). Нормативы представлены в виде центильных таблиц и графиков. 2. При сравнении показателей пиковой скорости выдоха у здоровых девочек и мальчиков, статистически значимых отличий не выявлено до достижения возраста 13 лет, в возрасте 14 лет и старше появляются значимые различия. При сравнении показателей пиковой скорости выдоха в зависимости от роста, значимые различия между полами появляются при росте в 170 см и более. В возрасте старше 14 лет или при росте более 170 см более высокие показатели пиковой скорости выдоха отмечаются у мальчиков. До 14 лет и при росте менее 170 см возможно оценивать пиковую скорость выдоха у детей без разделения по полу. Изученные показатели пиковой скорости выдоха у детей, больных бронхиальной астмой, различной степени тяжести, в состоянии стабильной клинико-функциональной ремиссии представлены в виде средних величин и стандартных отклонений. При сравнении показателей пиковой скорости выдоха у здоровых детей и детей, больных бронхиальной астмой в ремиссии заболевания, значимых различий не выявлено, что свидетельствует о корректности оценки пиковой скорости выдоха у детей с бронхиальной астмой по нормативам здоровых детей. Суточные колебания бронхопроходимости у большинства (70%) здоровых детей и подростков составили от 0 до 10%. Причем у 37% детей они составили менее 5%, что соответствует ошибке прибора. Суточные колебания бронхопроходимости у детей с бронхиальной астмой в ремиссии заболевания существенно выше, чем у здоровых детей.

Вывод. Полученные результаты могут быть использованы в работе специализированных (аллергологическое, пульмонологическое) и соматических отделений детских стационаров, кабинетов детских консультативно-диагностических центров, детских поликлиник, бригад скорой неотложной медицинской помощи. Применение новых нормативов пиковой скорости выдоха позволит точнее определить течение и степень компенсации бронхиальной астмы, оптимизировать подбор индивидуально эффективного объема базисной терапии. Использование центильных таблиц и графиков позволит быстрее, легче и удобнее провести оценку пиковой скорости выдоха и степень её отклонения от нормы.

ФАКТОРЫ, ВЛЯЮЩИЕ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

*Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Традиционный подход к оценке состояния беременной основан на определении факторов риска для выявления и диагностики возможных осложнений: угроза прерывания беременности, гестационной гипертензии, проявлений соматической патологии. Одним из наиболее частых осложнений беременности является гестационная гипертензия. В настоящее время гестационная гипертензия составляет 12–15% среди причин материнской смертности, то есть каждый ее 7–8-й случай, и занимает 3-ю позицию в рейтинге ее структуры. А последствия гестационной гипертензии на жизнь и здоровье потомства накладывают самый серьезный отпечаток, служа одной из ведущих причин перинатальной смертности (2–3%) и патологии новорожденных (около 70%).

Целью исследования явилось изучение функциональных особенностей организма, адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы для определения критериев, влияющих на степень тяжести развития гестационной гипертензии второй половины беременности.

Объектом исследования явились беременные с развитием гестационной гипертензии II половины беременности. Под наблюдением находились беременные с гестационной гипертензией II половины беременности $n=50$ средний возраст 26,5 (23,0; 33,0) при сроке гестации от 31 до 40 недель из них с гестационной гипертензией легкой степени тяжести – 38 человек (75%), средней степени тяжести – 12 человек (25%).

Всем беременным женщинам было проведено полное клинико-анамнестическое обследование. Из адаптационных показателей сердечно-сосудистой системы были обследованы следующие: адаптационный потенциал (АП), вегетативный индекс Кердо, тип саморегуляции кровообращения (ТСК), коэффициент выносливости (КВ), систолический объем крови (СО), минутный объем крови (МО), среднединамическое давление (СДД), периферическое сосудистое сопротивление (ПС), систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД).

При анализе клинико-анамнестических данных у беременных с гестационной гипертензией легкой и средней степени тяжести было выявлено, что большинство беременных женщин, страдающих никотиновой зависимостью относилось к группе с гестационной гипертензией легкой степени ($p=0,0231$). У беременных с гестационной гипертензией средней степени тяжести было выявлено статистически достоверное повышение веса ($p=0,0259$), индекса массы тела ($p=0,0054$), а также диастолического ($p=0,0046$) и среднединамического артериального давления ($p=0,012$) по сравнению с беременными, страдающими гестационной гипертензией легкой степени тяжести.

Анализ показателей адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы выявил, что у беременных с гестационной гипертензией легкой степени тяжести отмечается напряжение механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы (АП=2,6–3,9) с преобладанием на нее парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВИК<0) и сердечно-сосудистый тип саморегуляции кровообращения ($90<ТСК<110$). У беременных с гестационной гипертензией средней степени тяжести отмечается тенденция к срыву адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы (АП=4,2) на фоне усиления на нее парасимпатических влияний (ВИК=-99,0) и сердечно-сосудистый тип саморегуляции кровообращения (ТСК=105,3). Показатель систолического объема крови в группах обследованных находился в пределах возрастной физиологической нормы, однако между группами отмечалось существенное его различие ($p=0,034$).

Также отмечается существенное отличие ($p=0,010$) в значении показателя периферического сосудистого сопротивления у беременных с гестационной гипертензией легкой и средней степени тяжести.

Таким образом, при анализе изучаемых признаков выявлено, что на степень тяжести гестационной гипертензии влияет: повышение веса, индекса массы тела, диастолического и среднединамического артериального давления, а также срыв адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы с преобладающим влиянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистый тип саморегуляции кровообращения.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ.

*Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Частота преждевременных родов в мире в последние годы составляет 5–10% и, несмотря на появление новых технологий, не имеет тенденции к снижению. На долю недоношенных детей приходится 60–70% ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП. Мертворождение при преждевременных родах наблюдается в 8–13 раз чаще, чем при срочных.

Целью нашего исследования явилось изучение акушерской тактики и перинатальных исходов при невынашивании.

Материалы и методы: проанализировано 306 историй женщин с преждевременными родами в родильном доме.

Результаты исследования. Наблюдались в женской консультации 304 женщины (99,3%), показатель ранней явки – 46% (141/306). Удельный вес горожанок составил 47,7% (146/306), сельских жительниц – 52,3% (160/306). Средний возраст составил 28±6,5 лет. Факторы риска преждевременных родов являлись курение, первый и второй аборт в анамнезе до настоящих родов, сексуально-трансмиссивные заболевания, низкое социально-экономическое положение, преждевременное излитие околоплодных вод. Экстрагенитальная патология у беременных встречалась в 100% случаев: превалировала инфекция нижних отделов полового тракта – 28 (31,5%), анемия (19%), хронический пиелонефрит (17,5%), хронические воспалительные заболевания ЛОР органов – 15 (17,5%). Первые роды предстояли 122 беременным (38,9%), из них первобеременных – 101; вторые роды – 119 (38,8%); третьи – 46 (15%); многорожавших – 19 (6,2%).

Начавшиеся преждевременные роды в большинстве случаев остановить не удалось. Токотитическая терапия позволила отсрочить факт родов и продлить беременность на 1–3 суток, однако не снизила их частоту. Прогноз для плода определялся сроком гестации и массой при рождении. Родилось 376 недоношенных детей, из них с экстремально низкой массой тела (500–999 г) 36 детей; 67 новорожденных с весом 1000–1499 г; 1500–1999 г – 83 ребенка; 2000–2499 г – 129 детей; свыше 2500 г – 33 ребенка. Многоплодных беременностей 39, из них 38 двоен, одна тройня.

У 49,6% (152/306) женщин проведено оперативное родоразрешение путем кесарева сечения, per vias naturalis – 50,4% (154/306). Показания к оперативным родам встречались одинаково часто, как со стороны матери, так и плода.

Перинатальная смертность составила 10,3%, мертворождаемость 7,9%, ранняя неонатальная смертность – 2,3%. Все случаи мертворождения признаны неуправляемыми.

Заключение. Акушерская тактика при преждевременных родах зависит от анамнестических, клинико-лабораторных показателей, состояния плода и срока гестации. Бережное ведение преждевременных родов, соблюдение клинических протоколов и стандартов, рациональный выбор срока/метода родоразрешения, оказание высококвалифицированной неонатологической помощи позволили минимизировать перинатальные потери.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗВУР

*Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ АГМИ*

Проблема задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) остается одной из актуальных проблем в современном акушерстве и перинатологии. Задержка роста плода представляет собой следствие воздействия многих неблагоприятных факторов в период беременности, чаще всего связаны с повреждением плаценты или самого плода. Последствия ЗВУР обуславливают в постнатальном периоде нарушение адаптации, могут привести к отклонению физического, соматического и нервно-психического развития в последующем онтогенезе.

Частота рождения детей с ЗВУР встречается в 5–17,6% случаев от всех беременностей. Среди мертворожденных плодов данная патология регистрируется почти в 41,9% случаев. Задержка роста плода представляет собой следствие воздействия многих неблагоприятных факторов в период беременности, чаще всего связаны с повреждением плаценты или самого плода.

Цель исследования: изучить факторы риска и исходы беременности у женщин с синдромом задержки роста плода.

Материал и методы исследования: под наблюдением находились 66 женщин, у которых во время беременности диагностирована задержка роста плода.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что первородящие составили 62,1% случаев, из них 22,7% женщин были повторобеременные. Из вредных привычек в 6% случаев отмечено табакокурение. Из перенесенных гинекологических заболеваний в анамнезе у пациенток с ЗВУР в 13,7% случаев выявлены воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции передаваемые половым путем (ИППП) в 19,7% случаев, кандидозный вульвовагинит в 19,7%, эктопия шейки матки имела место у 21,2%, в 3% случаев отмечено бесплодие и у 1,5% наблюдаемых женщин встретился синдром поликистозных яичников. Среди соматической патологии в 16,7% случаев выявлена хроническая герпетическая инфекция, вегето-сосудистая дистония отмечена у 12,2% женщин. В течении первой половины беременности угроза прерывания была выявлена у 63% пациенток с ЗВУР, инфекции передаваемые половым путем были диагностированы в 33% случаев, в 13% случаев встретился кандидозный вагинит. Во второй половине беременности в 22% случаев были угрожающие преждевременные роды, в 32% случаев во время беременности пациентки перенесли ОРВИ, в 19% случаев беременность осложнилась преэклампсией, в 7% случаев многоводие.

Диагностирована ЗВУР у 11,8% беременных с 20 до 31 недели гестации, из них в 7,6% случаев во время 2-го УЗИ скрининга, у 46,5% человек в сроке после 32 недель гестации, в 21,2% случаев во время 3-го УЗИ скрининга. У 31,8% беременных ЗВУР была диагностирована после рождения.

Симметричная форма ЗВУР была выявлена у 52,2% беременных, у остальных ассиметричная форма. ЗВУР 1-й степени имела место у 82,5% женщин, 2-й степени – у 12,5% и в 5% случаев 3-й степени. Все беременные получали этиотропную терапию.

Срочные роды произошли у 77,2% женщин, преждевременные роды составили 19,8% случаев, в 1 случае роды были запоздалые. Операцией кесарева сечения завершились роды у 18,1% женщин, в одном случае была выполнена вакуум-экстракция плода. В 3% случаев беременность была двойней. Все дети родились живыми, без асфиксии. В 42,4% случаев без признаков ЗВУР.

Заключение: по результатам нашего исследования половина беременных с синдромом ЗВУР была в возрасте от 26 до 35 лет. В 62,1% случаев ЗВУР встретилась у первородящих. Высока частота в анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний воспалительного генеза. Основными этиологическими факторами во время беременности были угроза прерывания беременности (угроза выкидыша в 63% случаев, угрожающие преждевременные роды в 22% случаев), инфекционные заболевания (ИППП в 33% случаев и ОРВИ – в 32%) и преэклампсия в 19% случаев.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности позволили избежать неблагоприятных исходов и перинатальных потерь у беременных с синдромом задержки роста плода.

ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕКИСНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ОГРАНИЧЕННОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Якубова О.А., Махмудова К.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Одна из наиболее частых реакций в ответ на неблагоприятные условия и влияние вредных факторов на плод во внутриутробном периоде - синдром ограниченного развития плода (СОРП) или отставание его в развитии. Почти в 25% случаев перинатальная заболеваемость связана с СОРП. Среди факторов ее риска анемия составляет 40,6%. В ряде регионов в структуре ЭГЗ у женщин репродуктивного возраста частота железодефицитной анемии (ЖДА) достигает 90%. Перекисная резистентность эритроцитов (ПРЭ) отражает их функциональное состояние, т.е. способность транспорта кислорода к тканям.

Нами изучено влияние ЖДА на функциональное состояние эритроцитов крови беременных и их новорожденных в раннем неонатальном периоде. Под наблюдением находились 90 беременных, из них 16 здоровых и 74 больных с анемией (без других экстрагенитальных заболеваний), у которых отмечалась СОРП. Женщины обследованы в III триместре беременности, а новорожденные - в момент рождения (кровь из пуповины). У всех определена устойчивость эритроцитов к перекисному гемолизу по А.В.Покровскому, А.А.Абровову. Анемия легкой степени (гемоглобин от 110 до 90 г/л) была у 20 (27,02%) беременных, средней (от 90 до 70 г/л) - у 48 (53,3%), тяжелой (от 70 до 50 г/л) - у 6 (6,6%). В наших исследованиях выявлено, что, если ПРЭ у здоровых составляла $26,64 \pm 2,4\%$, то при легкой ЖДА она увеличивалась на 11,04% ($P < 0,01$), при ЖДА средней степени этот показатель возрастал почти в 2 раза, составляя $48,0 \pm 4,2\%$ ($P > 0,05$), а при тяжелой более чем в 2,5 раза - $68,0 \pm 5,8\%$ ($P < 0,01$).

На фоне гемической гипоксии у беременных происходит повреждение мембранных структур эритроцитов, по-видимому, за счет активации процессов перекисного окисления. Оно объясняется тем, что в условиях гипоксии клеточного пула исчерпываются такие восстанавливающие защитные вещества, как глутатион, каталаза, супероксидаза и другие носители Н-групп. В зависимости от тяжести гемической гипоксии изменяются перекисная резистентность эритроцитов, приводящая к изменению и дыхательного коэффициента $\text{P}\alpha\text{O}_2\text{—P}\nu\text{O}_2$, повышение которого усугубляет состояние гипоксии, приводящая к СОРП.

Таким образом, выявленные высокие значения ПРЭ крови беременных с анемией и их новорожденных указывают на нарушение функционального состояния эритроцитов. Для уменьшения тканевой гипоксии в комплексное лечение анемии целесообразно включать антиоксиданты.

III - Хирургические болезни

ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО КЕЛОИДНОГО РУБЦЕВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

*Абдукадиров Д.А., Мадазимов М.М., Мадазимов К.М., Асханов З.П., Назиров С.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Лечение и профилактика рецидивов келоидного рубцевания, несмотря на бурное развитие медицинских технологий, так и остаётся актуальной проблемой не только реконструктивной и пластической хирургии, но и смежных дисциплин. По разным данным, распространенность келоидов наблюдается в промежутке от 1,5 до 16 % в зависимости от популяции. Таким образом, при населении Узбекистана в 33 млн. человек, риску образования келоидных рубцов подвержены, по меньшей мере, около 450 тыс. человек.

Несмотря на то, что разработаны и внедрены в практику большое количество как хирургических, так и комбинированных способов лечения келоидных рубцов, процент рецидива келоидных рубцов составляет 40-100%.

Материалы и методы исследования. За период с 2007 по 2019 год в отделении последствий ожогов и травм Андижанского областного многопрофильного медицинского центра нами было обследовано 237 больных с келоидными рубцами различных частей тела. Возраст больных составлял от 5 до 53 лет. 138 (58%) больных были ранее оперированы в других учреждениях. Причиной развития келоидных рубцов у этой группы пациентов являлись акне, прыщи и др., т.е. так называемые первичные келоидные рубцы. По результатам осмотра, образование келоидных рубцов у больных данной группы, в том числе спонтанное, наблюдалось в определенных анатомических областях (мочки ушей, грудь, плечи, верхняя часть спины, задняя поверхность шеи, щеки). Келоидные рубцы образовывались в течение 3 месяцев после повреждения кожи, а затем увеличивались в размерах в течение некоторого времени, часто сопровождалось болезненностью и гиперестезиями. Со слов больных размер рубцов на момент первичного обращения к хирургу составлял от 0,5х0,5 см до 1,5х2,0 см в среднем. По этой причине эти больные обращались в поликлиники и хирургические отделения по месту жительства. Хирургами, проводившими первичный осмотр данных больных, предлагалось иссечение рубцов. У всех больных данной группы после иссечения келоидных рубцов наблюдался рецидивный рост рубцов на месте иссечения и во всех этих случаях размер послеоперационного рубца превосходил по размерам первичный рубец. У 83 (61%) больных теми же специалистами проводилось повторное иссечение рецидивного рубца, а у 16 (11%) из них иссечение послеоперационных рубцов проводилось 3 и более раз. По данным нашего опроса больным не проводилось предоперационных и послеоперационных лечебных мероприятий по предупреждению рецидивного роста келоидных рубцов. Таким образом, после неудачных попыток лечения келоидных рубцов, больные были вынуждены обращаться к другим специалистам, и в конечном итоге направлены в наше отделение.

В отделении больным проводилось лечение по результатам индивидуального обследования каждого больного. Предоперационная подготовка включала инъекции триамцинолона ацетонида внутрь рубца в дозировке 10 мг/см² с интервалом 10 дней, сероводородные ванны области рубца в условиях санатория «Чимён». В ходе операции, после иссечения рубца проводилась широкая мобилизация здоровых краёв раны с тщательным гемостазом, а также обкалывание краёв раны раствором триамцинолона ацетонида в дозировке 5 мг/см длины раны. Послеоперационный период также включал в себя орошение сероводородом и ультразвук с гелем «Контрактубекс» в течении 3 месяцев.

Выводы. По нашему мнению, одной из причин развития рецидивов келоидного рубцевания на первичном этапе лечения является относительно малое количество больных с келоидными рубцами, обращающихся к хирургам семейных поликлиник и хирургических отделений, по сравнению с основными хирургическими патологиями. И как следствие, недостаточная осведомленность специалистов в современных методах ведения больных с келоидными рубцами, которая в итоге приводит к следующему:

- 1) небольшие размеры первичного келоидного рубца и его подвижность в начальной стадии процесса наталкивают специалиста, проводящего первичный осмотр этих больных, на ошибочное мнение, что стандартное удаление и последующее сшивание образовавшейся раны является достаточной лечебной процедурой;
- 2) игнорирование атравматичной техники оперирования является немаловажным фактором, способствующим повторному росту рубцов;
- 3) усугубляющим процесс рубцевания ещё одним фактором, является отсутствие предоперационных, интраоперационных и послеоперационных медикаментозных и физиотерапевтических методов профилактики рецидива келоидного рубцевания на первичном этапе лечения;

И в результате вышеперечисленного образуется «порочный круг», когда каждое вмешательство по хирургическому удалению рубца приводит к образованию келоидного рубца ещё больших размеров и приводит как к усугублению самого процесса, так и изменениям психоэмоционального фона больных в отрицательную сторону.

Заключение. В целях профилактики и снижения количества рецидивов после хирургического лечения первично обнаруженных келоидных рубцов в условиях семейной поликлиники или непрофильных хирургических отделений, необходимо постоянное повышение осведомлённости врачей хирургических специальностей первичного звена о современных технологиях и методах диагностики, профилактики и лечения келоидных рубцов на первичном этапе обследования больных. Изолированное хирургическое лечение келоидных рубцов в виде иссечения и сшивания образовавшейся раны, без применения сопутствующей медикаментозной и физиотерапии, в большинстве случаев приводит к повторному росту рубцов. При этом необходимо подчеркнуть тот факт, что важное значение имеет хирургическая техника выполнения операций по устранению рубцов. Хирург, выполняющий операции по удалению келоидных рубцов, должен обладать навыками атравматической техники выполнения оперативных вмешательств, заключающимися в минимальной травматизации окружающих тканей и использовании современного шовного материала. Требуется широкая мобилизация окружающих здоровых тканей для достижения минимального натяжения здоровых

тканей после иссечения келоидных рубцов. С данными навыками, к сожалению, недостаточно знакомы некоторые врачи хирургических специальностей.

Для решения данной проблемы необходима разработка национальных клинических рекомендаций по ведению больных с келоидными и другими видами патологических рубцов, включение в тематику курсов повышения врачей по хирургии лекций и презентаций по данной патологии, ведение диспансерного учёта больных с келоидными рубцами с момента первого обращения к врачу. Также требуется повышение информированности пациентов о данном заболевании.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН

*Абдукодиров С.А., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Сегодня мы хорошо знаем проблемы, связанные с внутрибольничной инфекцией в области КАИК. Между тем, нозокомиальная инфекция кровотока остается актуальной проблемой стационаров. По данным статистики США практические врачи выполняют более 5 млн. катетеризаций только центральных вен в год. В большинстве случаев внутрисосудистые катетеры устанавливают тяжелой категории пациентов, которые не могут принимать лекарства orally, либо в случае необходимости быстрого и точного введения препарата в эффективной концентрации и т.д.

Для предотвращения осложнений при катетеризации важно знать правила выбора вен. Например, измерение гемодинамических показателей инвазивным способом возможно только через центральный катетер, а введение лекарственных препаратов можно начать через периферический катетер. Все больные должны быть обследованы для выявления факторов, способных препятствовать установке катетера. Конечно же, ни один врач или медицинская сестра не станут намеренно нарушать правила асептики и антисептики при постановке внутрисосудистых катетеров. И тем не менее осложнения все же случаются. На их долю приходится приблизительно 19% от общего числа внутрибольничных инфекций.

Основные нарушения правил асептики. Нестерильная постановка катетера. Наиболее частыми причинами неудачи возникновения осложнений при катетеризации периферических вен является отсутствие практических навыков у медицинского персонала, а так же нарушение методики постановки венозного катетера и ухода за ним. Неправильная обработка рук при использовании катетера. Заглушки катетера и места соединения являются частым источником обсеменения, особенно при длительной катетеризации.

Неправильная техника фиксации катетера.

Основные положения для профилактики КАИК:

1. Адекватная подготовка пациента и манипулятора
2. Использование адекватных материалов для фиксации
3. Смена фиксирующей повязки
4. Использование окклюзивных повязок
5. Использование современных катетеров
6. Закрывание салфетками, смоченных антисептиком всех мест контакта катетеров и удлинителей
7. Минимизация числа контакта с катетером
 - грамотная группировка назначений и заборов крови
 - использование многоходовых кранов
 - использование удлинителей
8. Удаление катетера, как только в нем отпадает необходимость

Было показано, что именно такой подход при катетеризации вен снижает число инфекционных осложнений и позволяет экономить 170\$ при каждой установке катетера.

Внедрение современных принципов ухода за внутрисосудистыми катетерами в практическую деятельность лечебных учреждений, а так же внедрение общепринятого протокола позволит существенно снизить количество осложнений, связанных с КАИК.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ – С ЧЕГО НАЧИНАЛИ И К ЧЕМУ ПРИШЛИ

*Абдукодиров С.А., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность. Инсульт – лидирующая причина инвалидизации населения. Заболеваемость инсультом в Узбекистане составляет 83,8% случаев в год. Согласно клиническим рекомендациям наиболее эффективным методом реперфузионной терапии при ишемическом инсульте (ИИ) является тромболитическая терапия (ТЛТ).

Единственный разрешенный к применению тромболитик – алтеплаза. Возможность проведения ТЛТ ограничена “терапевтическим окном” в 4,5–6 часов от дебюта заболевания. При проведении только стандартной базисной терапии количество пациентов с отсутствием или минимальным неврологическим дефицитом не превышает 20–21%.

В ходе реперфузии возможно развитие геморрагических осложнений. Самое грозное из них – формирование симптомного внутримозгового кровоизлияния (сВМК). Частота его развития 2,9–9,3 %.

Цель работы. Проанализировать результаты внедрения в интенсивную терапию ИИ метода ТЛТ.

Материал и методы. В ретроспективный анализ включены пациенты с клинической картиной ИИ, которым с целью реперфузии в острейшем периоде была выполнена ТЛТ. В качестве тромболитика использована алтеплаза. Оценка неврологического дефицита проводилась по шкале Национального института здоровья (NIHss), исход

оценивался по шкале социально-бытовой реабилитации – модифицированной шкале Рэнкин (MRs) при выписке. Хорошее функциональное восстановление соответствовало 0–2 балла MRs. В качестве осложнений оценивалось появление при нейровизуализации всех видов геморрагических трансформаций (ГТ) и симптомных внутричерепных кровоизлияний (сВЧК).

Результаты. Внедрение ТЛТ алтеплазой, как метода лечения ИИ, в «Клинике АГМИ» началось с 2018 года. За период 2017–2019 год выполнено 227 процедур, что составило 5 % от количества поступивших пациентов с ИИ (3225 чел.). Двести двадцать шесть системных тромболизисов (62,8 %) проведено со строгим соблюдением клинических рекомендаций 2017–2019 года.

Выделено 2 группы временных этапов: 1-й (2017–2019 гг.) – внедрение методики и 2-й (2016 гг.) – широкого ее клинического использования и оптимизации. Системная ТЛТ по протоколу в 1-й группе (N = 42) и 2-й группе (N = 184) составила 60,1 и 62,1 %, соответственно. Остальная часть – так называемая «off-LAbel» терапия, за счет которой достигнуто увеличение частоты реперфузионной терапии с 2,4 до 5 %.

В каждый временной промежуток группы были сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующей патологии ($p > 0,05$). Средний возраст пациентов составил $60,2 \pm 9,3$ и $62,5 \pm 9,3$ лет, соответственно. Отмечена положительная динамика по уменьшению временного интервала «от поступления в стационар до отделения реанимации» (47 ± 19 против 25 ± 13 минут, $p < 0,001$). Однако общее время до начала реперфузии от дебюта заболевания было сравнимо в группах – 127 ± 35 и 131 ± 35 минут ($p = 0,06$). Исходная тяжесть ИИ по NIHss 12,0 [8–17] и 10 [7–17] баллов ($p = 0,715$), что соответствует среднетяжелому и тяжелому поражению. В посттромботическом периоде отмечен достоверный регресс неврологического дефицита. К моменту выписки из стационара NIHss составлял 3 [1–8] и 4 [2–11] балла соответственно ($p = 0,174$). Хороший исход (0–2 балла MRs) достигнут после ТЛТ у 52,7 и 45,8 % пациентов ($p = 0,230$). Летальный исход развился в 6,8 % (N = 3) и 4,8 % (N = 9), $p = 0,699$. Несмотря на проведение ТЛТ 32,2 % и 43,1 % пациентов, соответственно группе, остались выражено зависимыми от помощи родственников.

ГТ в головном мозге после реперфузии верифицированы по нейровизуализации у 11,8 % и 10,7 % пациентов ($p = 0,861$). Однако сВЧК с ухудшением по NIHss на ≥ 4 балла зарегистрированы в 1-й группе у 2 человек, а во 2-й – в 6 случаях, что составило соответственно 4,3 % и 2 % ($p = 0,644$).

На основании анализа материала исследования определены направления, оптимизирующие терапию и повысившие частоту выполнения ТЛТ за период 2017–2019 гг. К ним относятся:

1. Госпитализация кандидатов на ТЛТ с догоспитального этапа оказания помощи «минуя приемное отделение»
2. Сокращение претромботического лабораторного обследования с обязательной оценкой только уровня тромбоцитов и гликемии
3. Коррекция гемодинамики в ходе ТЛТ и раннем посттромботическом периоде путем управляемой гипотонии
4. Применение ТЛТ у пациентов старческого возраста (более 80 лет)

Заключение. ТЛТ является достаточно эффективным методом реперфузионной терапии при ИИ, который открыл новую страницу в неотложной неврологии. Шансы хорошего функционального восстановления при адекватной реканализации составляют 43–52%. Повышение частоты применения ТЛТ в острейшем периоде ИИ возможно за счет внедрения оптимизирующих направлений. В свою очередь, соблюдение протокола использования алтеплазы приводит к достаточно редкому возникновению сВЧК (3–4,5 %), что позволяет поддерживать безопасность методики на уровне сравнимом с результатами клинических исследований.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИКТОРАМИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

*Абдукодилов С.А., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Выбор энтерального пути подачи питания у пациентов с тяжелым течением острого некротизирующего панкреатита (ОНП) остается одной из актуальных проблем для практикующих врачей. К настоящему времени в мире мало работ, оценивающих безопасность назогастрального пути подачи нутриентов при проведении раннего энтерального питания у пациентов с тяжелым ОНП.

Целью нашей работы является оптимизация РЭП у пациентов с предикторами тяжелого течения ОНП.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование, в котором сравнили безопасность и эффективность назогастральный (НГ) способ подачи нутриентов с назоюнальным (НЕ). В исследование вошли 70 пациентов с предикторами тяжелого течения ОНП, в возрасте от 28 до 70 лет, из них мужчин было 58% (n=39), а женщин 52% (n=31). Диагноз выставлен по критериям American College of Gastroenterology (ACG 2013), все пациенты имели признаки сепсиса (ACC/SCCM, 1992) и органичной дисфункции (Baue, 2000). В результате рандомизации методом конвертов все пациенты были разделены на две равные группы. У больных с НГ питанием энтеральные смеси в первые 5 суток вводились только через назогастральный зонд, а в группе с НЕ питание – только через назоюнальный зонд, проведенный с помощью фиброгастроскопа. В первые сутки пациенты получали «минимальное энтеральное питание», 300–400 мл, в среднем $253,12 \pm 81,11$ (CI=29,15, $p=0,05$) мл, затем объем питательной смеси увеличивали на 450–550 мл/сут и к пятым суткам средний объем питательной смеси достигал $1405,92 \pm 201,79$ (CI=51,11, $p=0,05$) мл, что к пятым суткам позволяло достичь 70% потребности в энергии. Мы сравнили динамику биохимических маркеров нутритивного статуса (общий белок, альбумин, преальбумин, абсолютное число лимфоцитов) и азотистого баланса в первые 5 суток, переносимость (частоту диспепсических явлений), качественные показатели лечения (койко-день, длительность госпитализации в ОРИТ и продолжительность ИВЛ, летальность) и стоимость лечения. Данные представлены в формате $M \pm SD$ (CI=29,15, $p=0,05$), где M – среднее значение, SD – стандартное отклонение, CI – доверительный интервал, p – уровень значимости. Статистическая зависимость величин рассчитана с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r).

Результаты. Группы были сопоставимы по выраженности системно-воспалительной реакции, органичной дисфункции (по Baue А.Е.) и SOFA, тяжести состояния оцененной интегральной шкалой APACHE-II, концентрации С-

реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови спустя 4 ч после госпитализации. Все пациенты имели высокий риск (4 и более баллов) нутритивной недостаточности по шкале Nottingham Screening Tool. Частота диспептических явлений (тошнота, рвота, чувство дискомфорта в животе) в первые 3 суток была больше в группе с НГ питания. Концентрация общего белка и альбумина на протяжении первых пяти суток в сравниваемых группах статистически не отличалась и соответствовала нормальному нутритивному статусу. У всех больных в первые 4 суток был отрицательный азотистый баланс, который рассчитывался по экскреции мочевины с мочой. Наибольшие потери азота в обеих группах были на вторые сутки - $13,05 \pm 12,48$ (CI=4,55, $p=0,05$) г/сутки в группе НГ питания и $14,60 \pm 10,63$ (CI=3,99, $p=0,05$) г/сутки у больных с НЕ питанием. К пятым суткам положительный азотистый баланс был у 6 (20%) больных с НГ питанием и у 3 (10%) с НЕ. В дальнейшем у этих больных было умеренно-тяжелое течение заболевания. Мы выявили хорошую корреляционную зависимость ($r=0,82$) в обеих группах между динамикой средних значений экскреции азота с мочой и средними значениями абсолютного числа лимфоцитов. Изменения концентрации альбумина в обеих группах было одностороннее – постепенное снижение на протяжении первых 4 суток. Продолжительность лечения в стационаре у пациентов с НГ питанием составило 31,36 суток (от 10 до 147), а в группе НЕ питания – 30,11 (от 8 до 151) суток. Длительность нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии в группе с НГ питанием была 15,3 суток (от 1 до 95), а при НЕ – 11,4 суток (от 1 до 41). Искусственная вентиляция легких в группе с НГ питанием проводилась у 86,87% больных, а при НЕ у 80% и по продолжительности она была в среднем 120,8 часов (от 3 до 1596) и 64,6 часов (от 1 до 480) соответственно. Летальность в группе НГ питания была 13,33% ($n=4$), а в группе НЕ питания - 16,67% ($n=5$).

Выводы. Назогастральное питание в первые пять суток лечения больных с острым некротизирующим панкреатитом не влияет на качественные показатели лечения. Назогастральный путь подачи нутриентов безопасен, технически прост и может быть рекомендован для рутинного использования

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНЕФРИТА

*Абдулазизов С.А., Рустамов У.М., Садыкова Д.И., Бобоев Р.А., Хамраев О.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Паранефрит является одной из актуальных проблем современной урологии, так как в последние годы возросло количество острых паранефритов, в основном за счет увеличения в 4-5 раз его гнойных форм. Эта патология является частным проявлением такой важной урологической проблемы как осложнённая инфекция мочевыводящих путей (ОИМП), составляющая 84-86% всех инфекций мочеполовых органов (Пушкарь Д.Ю., Раснер П., 2017).

Цель работы. Ретроспективное изучение историй болезней больных с паранефритом и выявление оптимальных методов лечения.

Материал и методы исследования. Исследование базируется на анализе результатов лечения 15 больных, прооперированных по поводу паранефрита обширными 5 больных и 10 больных- малоинвазивными оперативными методами в отделении урологии клиники АГМИ с 2015 по 2019 гг.

Результаты исследования показали, что у больных, которым была проведена широкая тораколумболапаротомия послеоперационный период был длительным и протекал тяжело с обострениями признаков воспалений (периодическое повышение температуры тела до 38-39, недомогание, общая слабость). При традиционных оперативных вмешательствах у 2 больных наблюдался свищ, у 3 – гематурия и у 5 больных были отмечены длительные изнуряющие послеоперационные боли.

В работе были подсчитаны следующие средние показатели:

1. Сроки дренирования раны – 7-10 дней
2. Накладывание асептической повязки на рану – 15-18 дней, средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 3 дня
3. После операции – 10 дней.

Прием антибактериальных препаратов в зависимости от наличия или отсутствия инфекции до операции осуществлялся в среднем 5 дней, а после операции – 12-14 дней. Дренажи удалены на 5-14 сутки, в зависимости от продолжительности отделяемого. Конверсий и повторных операций пациентам не потребовалось.

У больных после дренирования гнойника свищи не наблюдались. Но гематурия и послеоперационные боли прослеживались у 8 больных в общей сложности. Выполнение эндоскопических операций по времени приближается к традиционным, но их выгодно отличает отсутствие кровопотери, благоприятное течение послеоперационного периода и минимальные сроки реабилитации. К тому же практически отсутствует необходимость в повторных вмешательствах.

Подсчитаны следующие средние показатели:

1. Сроки дренирования раны – 6-8 дня
2. Средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 2 дня
3. После операции – 5 дней.

Вывод. Дренирование позволяет сохранить орган, избежать открытой хирургической операции, не говоря уже о быстром "возврате в строй" и косметическом эффекте.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКСОМ СЕРДЦА

*Абдулазизова А.Б., Сабиров А.А., Рашидова Ш.У., Муйдинов Ж.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Миксома занимает особое место среди доброкачественных новообразований сердца. По данным секционных наблюдений, на её долю приходится около половины всех первичных опухолей сердца.

Симптомы широко варьируют и зависят от размеров и локализации опухоли. Основными проявлениями миксомы являются эмболии, обструктивные нарушения внутрисердечной гемодинамики и конституциональные признаки (общие

реакции организма на опухоль). Необходимо помнить, что до момента клинических проявлений миксомы могут развиваться не одно десятилетие, поэтому нередко они являются случайной диагностической находкой. Реакция организма на опухоль сердца может проявиться в виде лихорадки, субфебрильной температуры, снижения массы тела, анемии, повышения скорости оседания эритроцитов в анализах.

Цель исследования. Изучить современные методы УЗИ диагностики и лечения миксомы сердца.

Материалы и методы исследования. Было прооперировано 70 пациентов в возрасте от 19 до 77 лет с морфологически верифицированными миксомами сердца, что составило около 0,5 % от всех операций на сердце с искусственным кровообращением. Мужчин было 20 (28,5 %), женщин - 50 (71,5 %). Средний возраст мужчин - 58 лет (от 19 до 77 лет), женщин - 54 года (от 24 до 76 лет). Выявленные миксомы в большинстве случаев (64 (91,5 %)) были локализованы в левом предсердии; в остальных случаях - в правом предсердии (5 (7,1 %)) и в левом желудочке (1 (1,4 %)), причѣм ножка миксомы находилась на предсердной поверхности передней створки митрального клапана.

Результаты исследования. Из 70 оперированных пациентов во время госпитального периода умерли 2 (2,8 %) - от прогрессирования острой сердечной недостаточности. Обе умершие пациентки с миксомами левого предсердия оперированы по экстренным показаниям, с тяжѣлой сердечной недостаточностью на высоте отѣка лѣгких на фоне хронических сопутствующих заболеваний. Кроме того, возникло одно несмертельное осложнение: послеоперационное кровотечение, потребовавшее выполнения рестернотомии. Размер удалѣнных миксом варьировал от 0,5 x 0,5 x 2,0 см до 8 x 10 x 12 см (в среднем 5-6 см в наибольшем измерении). Гистологически опухоли представляли собой слизистую строму с включениями звездчатых клеток и астроцитов.

В связи с тем, что клинические проявления миксомы часто не сопровождаются выраженной симптоматикой на ранних стадиях, миксомы долго не диагностируются, хотя с увеличением эхокардиографических исследований в общей лечебной сети увеличилось количество впервые выявленных дополнительных образований в полостях сердца.

Необходимо помнить, что у всех больных с миксомами сердца высок риск развития внезапной смерти. Единственным методом лечения является операция в условиях искусственного кровообращения, приводящая больного к полному выздоровлению.

Операция должна выполняться в кратчайшие сроки после определения заболевания до развития необратимых проявлений сердечной недостаточности, обусловленных нарушениями гемодинамики. В описанном случае миксома сердца была больших размеров и занимала почти всю полость левого предсердия, создавая обтурацию митрального клапана и выходного тракта левого желудочка. Всѣ это могло спровоцировать развитие нарушений ритма сердца или внезапную смерть. Проведѣнная эхокардиография позволила поставить диагноз и направить больного в специализированное отделение, где было проведено необходимое лечение, предотвращающее развитие возможных фатальных осложнений.

Вывод. Единственный метод лечения больных с миксомами сердца - удаление опухоли в условиях искусственного кровообращения. В данной работе описан клинический случай, в котором миксома сердца была больших размеров и занимала практически всю полость левого предсердия, создавая обструкцию митрального клапана при значительных клинических проявлениях. Плановое эхокардиографическое исследование позволило своевременно поставить диагноз и провести необходимое лечение.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ГИСТОГЕНЕЗ МИКСОМЫ СЕРДЦА

Абдулазизова А.Б., Сабиров А.А., Рашидова Ш.У., Муйдинов Ж.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на все более широкое использование компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) при кардиальной патологии, эхокардиография (ЭХОКГ) остается методом выбора в диагностике объемных образований сердца. Преимуществом ЭХОКГ перед другими методиками является возможность оценить не только морфологию образования, но и гемодинамические нарушения, вызванные им, а также предположить причины и условия его возникновения.

Опухоли сердца подразделяют на первичные, исходящие из тканей сердца, и вторичные, являющиеся метастазами опухолей другой локализации. Хотя опухоли сердца в большинстве своем доброкачественные, они могут вызывать системные симптомы, эмболические осложнения, тяжелые аритмии, боли в сердце, сердечную недостаточность.

Клиника зависит от локализации опухоли, ее размера и типа роста. Нередко и крупные опухоли могут протекать бессимптомно. Описаны случаи инфаркта миокарда, вызванного опухолевой тромбоземболией. Изменения ЭКГ, типичные для инфаркта миокарда, бывают и при прорастании опухоли в миокард.

При эхокардиографическом исследовании пациента с миксомой важно оценить место и способ прикрепления опухоли (на ножке или на широком основании), исключить вовлечение клапана в миксоматозный процесс, а также поражение других камер сердца.

Это позволяет выбрать правильную хирургическую тактику. Необходимо проводить повторную ЭХОКГ и после удаления миксомы, в том числе и в отдаленном периоде, так как в 2 % случаев наблюдается ее рецидивирование. Считается, что опухоль чаще рецидивирует при семейной форме миксомы, для которой характерны молодой возраст пациентов и более частая локализация в правом предсердии.

Цель исследования. Уточнить гистогенез миксомы сердца с помощью морфологического и иммуногистохимического методов исследований на примере секционного наблюдения.

Материалы и методы исследования. Было произведено собственное секционное наблюдение больной 71 года, получавшей лечение на базе клиники АГМИ. Из истории болезни известно, что больная поступила на скорой помощи в тяжелом состоянии, обусловленном развитием инсульта. В течение ряда лет больная страдала постоянной формой мерцательной аритмии, артериальной гипертензией, в связи с чем постоянно принимала антиаритмические, антигипертензивные препараты.

Результаты исследования. На вскрытии наибольшие изменения были обнаружены со стороны сердечно-сосудистой системы. В полости ушка левого предсердия сердца, в проекции fossa ovalis, имелось три образования размерами 1,5х1,5 см, 1х0,5 см, 1х0,5 см, плотно прикрепленных к пристеночному эндокарду, серовато-розового цвета, дряблой консистенции, два из которых были покрыты плотными сухими кровяными свертками темно-красного цвета. Кроме того, в сердце имелись гипертрофия преимущественно левых отделов, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, рубцовые изменения в передней стенке левого желудочка.

В просвете интракраниального отдела правой внутренней сонной артерии имелся обтурирующий плотный сухой темно-красный свободно извлекающийся кровяной сверток (тромбоэмбол). Правое полушарие головного мозга было представлено дряблой кашицеобразной бесструктурной массой, что указывало на наличие полушарного ишемического инфаркта головного мозга. В остальных органах отмечались острое венозное полнокровие, дистрофические изменения.

Гистологическое исследование образований полости сердца выявило особенности их строения. Пристеночный эндокард левого предсердия был утолщен за счет развития миксоматоза, с формированием опухоли, представленной клеточным и экстрацеллюлярным компонентами.

Клеточный компонент опухоли был представлен вытянутыми, паукообразными, звездчатыми светлыми элементами, то строящими отдельные мозаичные и причудливые структуры, то расположенными поодиночке.

Среди опухолей сердца миксома является наиболее редкой и малоизученной патологией. Такое заболевание чаще всего обнаруживают при аутопсийном исследовании в связи со сложностями проведения прижизненной дифференциальной диагностики, в том числе с использованием УЗИ или МРТ сердца. В клиническом отношении наиболее опасно возникновение таких осложнений миксомы, как образование пристеночного тромба с последующей тромбоэмболией артерий большого и малого круга кровообращения. Согласно литературным данным, результаты морфологических и иммуногистохимических исследований противоречивы и не дают полного представления о гистогенезе опухоли. В этой связи нами приводится описание секционного наблюдения умершей женщины 71 года с миксомой правого предсердия. Особенностью ее строения было сочетание клеточного и экстрацеллюлярного компонентов с выраженным миксоматозом стромы и обилием новообразованных тонкостенных сосудов капиллярного типа. Клеточный компонент опухоли был представлен клетками вытянутой и звездчатой формы, имеющими иммунофенотип гладких миоцитов (позитивная экспрессия альфа-актина при иммуногистохимическом исследовании). Экстрацеллюлярный компонент опухоли был представлен отечной эозинофильной стромой с признаками гиалиноза, содержащей тонкостенные кровеносные сосуды капиллярного типа, окруженные глыбками гемосидерина.

Таким образом, миксома сердца представляет собой редкую доброкачественную мезенхимальную опухоль, основным клеточным компонентом которой являются гладкие миоциты, которые совместно с гликопротеинами межклеточного вещества опухоли могут являться ангиогенными факторами и способны принимать участие в развитии и прогрессировании тромбоза опухоли. Данные факты следует принимать во внимание при разработке тактики ведения таких больных с использованием таргетных антиангиогенных (ингибиторов ангиогенеза) препаратов.

Вывод. Таким образом, ЭХОКГ является первым диагностическим методом в выявлении объемных образований сердца. И хотя метод сегодня не позволяет достоверно судить о гистологических характеристиках объемного образования, он может дать информацию о локализации, размерах, контурах, мобильности, месте и способе прикрепления образования, типе роста, гемодинамических нарушениях, наличии выпота в перикарде. На основании этих данных можно предположить тип и источник образования. Для уточнения локализации и топографических взаимоотношений используются КТ и МРТ. ЭХОКГ с контрастированием дает дополнительные сведения о васкуляризации объекта: контрастирование выявляет высокую степень васкуляризации злокачественных опухолей, в то время как для доброкачественных опухолей и тромбов характерна низкая степень васкуляризации, что дает картину дефекта наполнения. Для уточнения степени васкуляризации подозрительного образования также могут быть применены МРТ, ПЭТ, ангиография. Важное значение для идентификации образования имеют клиника, возраст, анамнез. Окончательный диагноз в большинстве случаев можно поставить только на основании гистологии (биопсия или хирургия).

ПРОФИЛАКТИКА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ

*Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Нозокомиальная пневмония занимает третье место в структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи у пациентов в отделении реанимации. Возникновению вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) способствуют тяжесть состояния пациентов, агрессивность интенсивной терапии, широкое применение антибактериальных препаратов и резистентность микроорганизмов – возбудителей ВАП. Осуществление эффективной профилактической программы способствует снижению частоты развития ВАП, позволяет сократить продолжительность респираторной поддержки и сроки пребывания пациентов в отделении реанимации.

Цель работы: Оценить эффективность Протокола санации верхних дыхательных путей у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких.

Материалы и методы: Ежегодно медицинскую помощь в отделении нейрореанимации АФ РНИЦЭМП получают до 3000 пациентов, в том до 400 пациентов находясь на длительной ИВЛ. В 2010 году был создан Протокол санации верхних дыхательных путей у пациентов на ИВЛ, - далее - Протокол. Одновременно осуществлялся учет случаев инфекций дыхательной системы в группе больных, получающих респираторную поддержку.

Результаты и обсуждение: Профилактика орофарингиальной колонизации нозокомиальными патогенами, профилактика аспирации, санация полости рта, своевременное удаление содержимого надманжеточного пространства, уход за трахеостомической раной, предупреждение экзогенного инфицирования, гигиена рук, использование стерильного дыхательного контура, стерильных катетеров и закрытых систем для аспирации содержимого верхних дыхательных путей являются основными моментами ухода за пациентами на ИВЛ. По данным клинико-

эпидемиологического мониторинга заболеваемость ВАП у пациентов в отделении нейрореанимации снизилась с 35,9 на 100 больных в 2017 году до 19,0% в 2019 году. Важно отметить, что при снижении числа случаев ВАП с 149 - в 2017 году, до 79 - в 2019 году, число дней ИВЛ увеличилось с 3540 в 2017 году до 3608 - в 2019 году. Одновременно со снижением заболеваемости ВАП уменьшилась доля *Klebsiella pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii* в этиологии инфекций дыхательной системы с 20% до 13%.

Вывод: Наличие и соблюдение Протокола санации верхних дыхательных путей позволило существенно снизить заболеваемость ВАП в отделении нейрореанимации и привело к повышению уровня инфекционной безопасности пациентов, находящихся в критическом состоянии.

ВЛИЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

*Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Инфекционные осложнения являются одной из главных причин послеоперационной летальности и служат препятствием на пути прогресса нейрохирургии. Основными гнойно-септическими осложнениями (ГСО) у больных нейрореанимационного профиля являются инфекции дыхательных путей и легких, и инфекции ЦНС. Они приводят к возникновению вторичных ишемических повреждений в головном мозге, что отрицательно влияет на исход заболевания.

Цель работы. Определить влияние тяжести состояния при поступлении, длительности нахождения в отделении анестезиологии-реанимации, длительности нахождения на ИВЛ и сроков наложения трахеостомы, на частоту развития инфекций дыхательных путей и легких, инфекции центральной нервной системы, а также пролежней у пациентов нейрохирургического профиля в отделении анестезиологии-реанимации.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения у 72 пациентов нейрохирургического профиля в возрасте от 20 до 83 лет, находившихся на лечении более 5 суток в отделении анестезиологии-реаниматологии Клиники АГМИ в 2018-2019 годах. Математическая обработка результатов исследований проводилась с помощью пакета статистических программ с применением параметрических и непараметрических критериев. Перед началом статистических расчетов проводился анализ соответствия вида распределения значений признаков в исследуемых группах закону нормального распределения при помощи критерия Шапиро-Уилка. Для оценки вариационных рядов количественных показателей рассчитывалось среднее арифметическое наблюдаемой переменной (M) и стандартное отклонение (σ), при этом значения по группам представлены как среднее $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm \sigma$) при нормальном и в формате Медиана (25 и 75 процентов) при ненормальном распределении. По гендерному составу группа распределилась следующим образом: мужчины-52%, женщины 48%. Было прооперировано 68 человек (93,4%). Средний балл при поступлении по шкале APACHE II $14 \pm 7,4$, баллов, SAPSII-30 $\pm 11,8$ баллов, GCS-9 баллов. Средний срок нахождения в отделении составил 18 день, на ИВЛ 15 суток, наложение трахеостомы в среднем на 5 сутки. Летальность составила 24,5%. Все анализируемые пациенты получали многокомпонентную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации согласно соответствующим рекомендациям, протоколам, а также порядкам их ведения. Анализируемые ГСО развились у 48 пациентов (62,2%). При этом, инфекции дыхательных путей и легких составили 45,8%, а инфекции центральной нервной системы 29,5%. Пролежни развились у 83,9%. Все пациенты условно были разбиты на столько групп.

Результаты и обсуждения. Условно разделив пациентов по тяжести состояния при поступлении по шкале APACHE II на 2 группы: до 15 и 15 баллов и более выявили, что в группе более тяжелых пациентов (15 и более баллов) ГСО развивались на 33,62% чаще, чем в группе менее тяжелых пациентов (89,11%). При этом отмечается увеличение частоты развития инфекции дыхательных путей и легких на 38,01% (70,25% vs 44,1%) а инфекций ЦНС на 29,47% (30,09% vs 10,47%). Частота развития пролежней была выше на 50,96% (95,0% vs 45,88%). Схожие результаты были получены при оценке тяжести пациентов по шкале GCS, в группе более тяжелых пациентов (менее 9 баллов) при поступлении, ГСО развивались на 36,14% (85,26% vs 56,04%) чаще, чем в группе менее тяжелых. Частота развития инфекций дыхательных путей и легких была выше на 24,07 % (64,42% vs 42,07%) а со стороны ЦНС на 21,99% (36,82 % vs 17,55%). Увеличение частоты развития пролежней было на 42,84 % (94,09% vs 59,75%). Анализируя результаты полученные при оценке тяжести пациентов по шкале SAPS II, отмечалось, что в группе более тяжелых пациентов при поступлении (30 и свыше баллов) ГСО развивались на 21,04% чаще, чем в группе менее тяжелых пациентов (72% vs 58,0%). Увеличение частоты развития инфекции дыхательных путей и легких было на 5,66% (54,48% vs 51,01%) а инфекций ЦНС на 25,98% (38,88% vs 15,3%). Частоты развития пролежней была 37,56% (94,76% vs 65,14%). При анализе зависимости развития ГСО от сроков нахождения в отделении было определено, что: при нахождении пациента в отделении свыше 10 дней, ГСО развивались на 58 % чаще, чем у тех, кто находился на лечении менее 10 дней (78% vs 22%). При этом отмечается увеличение частоты развития инфекции дыхательных путей и легких на 43,0% (63,0% vs 23%) а также и инфекций ЦНС на 35,9% (в первой группе инфекций ЦНС не обнаружено). Частота развития пролежней была на 56,8% (89,1% vs 35,6%) выше. Анализируя зависимость частоты развития ГСО от длительности нахождения пациентов на ИВЛ, было обнаружено, что нахождение на ИВЛ свыше 7 суток приводит к увеличению ГСО на 81,4%. В том числе со стороны дыхательных путей и легких на 67,8%, а со стороны ЦНС на 35,0%. Примечательно, что в группе пациентов находившихся на ИВЛ менее 7 суток данных осложнений зафиксировано не было. Пролежни развивались чаще на 64,2% (89,3% vs 26,11%) в группе пациентов длительно находившихся на ИВЛ. При анализе зависимости развития ГСО от сроков наложения трахеостомы, были получены следующие результаты: при более позднем наложении трахеостомы, после 7 дней нахождения на ИВЛ, ГСО развивались на 17,54 % чаще, (94,31% vs 80,04%), чем при более раннем наложении, до 7 суток. Со стороны дыхательных путей и легких увеличение частоты развития отмечалось незначительно, всего на 2,29% (68,91% vs 67,0%) чаще, чем при более позднем наложении трахеостомы, но со стороны ЦНС рост частоты ГСО составил 14,51% (46,05% vs 38,02%). Частота развития пролежней так же увеличивалась на 6,07% (93,58% vs 88,0%).

Выводы: Таким образом, на основании полученных данных, можно сделать вывод, что тяжесть состояния при поступлении, длительность нахождения в отделении анестезиологии-реанимации, длительность нахождения на ИВЛ и сроки наложения трахеостом, увеличивают частоту развития ГСО. Необходимо проводить комплекс мероприятий направленных на раннее отлучение пациентов от ИВЛ и выписки из отделения. Рекомендовано ранее наложение трахеостомы пациентам нейрохирургического профиля, и чёткий контроль и профилактика пролежней.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА И МОНИТОРИНГ ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

*Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Кодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. В ходе проведения анестезии при лапароскопической холецистэктомии в связи с риском гиперкапнии ИВЛ часто осуществляют в режиме умеренной гипервентиляции. Тем не менее, гипервентиляция и повышенное содержание кислорода в дыхательной смеси могут вызывать нарушения газообмена — гипероксию, гипоканию и, нередко, их сочетание. Эти нарушения могут влиять на мозговой кровоток и вести к изменению высших психических функций.

Цель работы. Оценить влияние интраоперационного газообмена и глубины анестезии на когнитивные функции после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы: в исследование вовлечено 200 пациентов (164 женщина и 36 мужчин), в возрасте 56 (45–63) лет, которым выполнялась плановая лапароскопическая холецистэктомия.

Пациенты были в рандомизированном порядке разделены на четыре группы:

- 1) нормоксия-нормокапния (pO_2 – pCO_2);
- 2) гипероксия-нормокапния (hO_2 – pCO_2);
- 3) нормоксия-гипокапния (pO_2 – lCO_2);
- 4) гипероксия-гипокапния (hO_2 – lCO_2).

Под гипероксией подразумевали значения PaO_2 150–300 мм рт. ст., нормоксией — PaO_2 70–150 мм рт. ст., гипоканией — $PaCO_2$ 25–35 мм рт. ст. и нормокапнией — $PaCO_2$ 35–48 мм рт. ст. Указанным критериям включения (двукратный контроль газового состава артериальной крови — перед началом и после окончания вмешательства) соответствовало 92 пациента. Первичная оценка когнитивных функций выполнялась посредством Монреальской шкалы когнитивной оценки (Montreal Cognitive Assessment, MoCA).

Мониторинг глубины анестезии осуществлялся посредством монитора SedLine Masimo с помощью показателя глубины анестезии (PSI - patient state index) до оперативного вмешательства, после индукции в анестезию, на начало и конец оперативного вмешательства, а также после экстубации трахеи. Целевой показатель PSI при проведении анестезии составил 25-50. Данные представлены как медиана (75-й–25-й процентиля). Для внутри- и межгрупповых сравнений использовали тесты Вилкоксона и Манна–Уитни. Корреляцию оценивали с помощью коэффициента ρ Спирмана. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Мы не выявили исходных различий групп по возрасту и оценке MoCA. Начальная оценка по MoCA составила 27 (24–29) баллов. Общая длительность вмешательства составила 35 (25–40) минут, продолжительность ИВЛ 64 (56–74) мин. Время вмешательства и продолжительность ИВЛ достоверно не различались между группами. Была обнаружена слабая отрицательная корреляция между возрастом и исходной оценкой по MoCA ($\rho = -0,475$, $n = 92$, $p = 0,001$), а также оценкой по MoCA через 6 часов ($\rho = -0,310$, $n = 77$, $p = 0,006$) и через 36 часов ($\rho = -0,432$, $n = 89$, $p = 0,001$) после операции.

В группе hO_2 – lCO_2 мы обнаружили достоверное снижение оценки по MoCA ($p = 0,001$) через 6 часов после вмешательства. В конце операции в группах hO_2 – lCO_2 и pO_2 – lCO_2 отмечали увеличение концентрации лактата и развитие дыхательного алкалоза ($p = 0,001$).

Исходная оценка по MoCA коррелировала с показателем PSI на операционном столе до индукции в анестезию ($\rho = 0,806$, $p = 0,001$). Также обнаружена положительная корреляция между уровнем $PaCO_2$ на конец оперативного вмешательства и показателем PSI на том же этапе ($\rho = 0,441$, $p = 0,045$).

Выводы. При лапароскопической холецистэктомии существует положительная корреляция между возрастом и ухудшением когнитивной функции. Сочетание гипероксии и гипокании во время вмешательства сопровождается увеличением лактата крови к концу операции и ухудшением когнитивной функции спустя 6 часов после завершения респираторной поддержки. При лапароскопической холецистэктомии показатель PSI взаимосвязан с исходным уровнем когнитивной функции и $PaCO_2$ в конце операции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. В течение длительного времени острый деструктивный панкреатит (ОДП) остается одним из проблемных заболеваний в неотложной хирургии живота. На сегодняшний день летальность при ОДП имеет тенденцию к снижению, однако остается высокой во всем мире. Эффективность многих современных методов консервативного и оперативного лечения, по данным литературы, оценивается неоднозначно. Среди пациентов, перенесших ОДП, более чем у 50% наступает стойкая или частичная утрата трудоспособности, что придает проблеме социально-экономическую значимость. Изучение результатов хирургического и консервативного лечения, особенно в отдаленном периоде, позволяет судить о

преимущество того или иного метода и вида лечения. При этом часто не учитывается, что для пациента имеет большее значение не положительная динамика симптомов болезни и лабораторных показателей, а улучшение самочувствия и приобретение душевного комфорта, то есть улучшение качества жизни.

Цель: изучение отдалённых результатов и качества жизни пациентов, леченых по поводу ОДП.

Материал и методы. За период с 2009 по 2019 гг. в клинике на базе кафедры хирургии АндГосМИ обследованы и пролечены 2656 пациентов с острым панкреатитом в возрасте от 36 до 83 лет (средний возраст 43,6 года), из них с ОДП 225 пациентов.

Различия в комплексном лечении групп пациентов ОДП выявляли по следующим параметрам основных лечебных направлений. Антибактериальная терапия: определяли вариант препарата первой и второй очереди от начала лечения, сроки назначения антибиотикотерапии от начала заболевания и лечения, общую длительность применения метода. Антисекреторная терапия и антиферментная терапия: определяли факт ее проведения, давность их назначения от начала заболевания и лечения, длительность применения метода. Ранняя нутритивная поддержка на фоне септических осложнений и длительность применения метода. Дренирование жидкостных парапанкреатических образований под контролем УЗИ. Лапароскопия и лапаротомии по поводу гнойных осложнений. Лабораторные данные. Результаты лечения оценивали по количеству и тяжести гнойных осложнений и показателю летальности.

Результаты и обсуждение. Из 225 пациентов, поступивших с ОДП, оперированы в связи с развившимися клиническими признаками перитонита 151 (67,2%), которым произведены лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Операции заканчивались санацией и марсупиализацией сальниковой сумки, санацией и дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости. После операции умерли 29 (12,8%) пациентов.

У пациентов с ОДП с ферментативным перитонитом, проводилась диагностическая лапароскопия, которая оканчивалась санацией и дренированием брюшной полости. Остальные пациенты поступившие в стационар через 2-5 часов после начала заболевания, получали консервативное комплексное лечение с применением антиферментных препаратов, дезинтоксикационной терапии с проведением форсированного диуреза или экстракорпоральной детоксикации, а также с целью профилактики вторичной инфекции применялась антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры.

Среди оперированных широким лапаротомным доступом, в отдаленном периоде у 12 (5,4%) имелись кисты поджелудочной железы, у 3 (1,3%) - свищи, у 6 (2,6%) послеоперационные грыжи брюшной стенки.

Выводы: Пациенты, оперированные с использованием малоинвазивных технологий по поводу ОДП (панкреонекроза), в отдаленном периоде в большинстве случаев сохраняют трудоспособность. Среди оперированных широким лапаротомным доступом в отдаленном периоде у большинства отмечено формирование исходов панкреонекроза (кисты, свищи) и последствий оперативного лечения (послеоперационные грыжи).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Абдуллажанов Б.Р., Ботиров Ж.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. За последние 10 лет отмечается значительный рост хирургической заболеваемости толстой кишки и увеличение количества больных с неопухолевыми заболеваниями и повреждениями правой половины толстой кишки. Многие больные поступают в тяжелом состоянии с осложненными формами заболевания, что заставляет производить оперативные вмешательства по экстренным и срочным показаниям и завершать их наложением различного вида колостом.

В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Данное вмешательство по технической сложности порой превосходит первичную операцию и характеризуется относительно высокой частотой осложнений.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 37 пациентов с кишечными стомами в период с 2009 по 2019 гг. Возраст пациентов составил от 17 до 83 лет, средний возраст - 60,2 года. Мужчин - 23, женщин - 14.

По этиологии стом на первом месте доминировали пациенты после хирургического лечения колоректального рака - 19 (51,4%), после травмы - 3 (8,1%), заворот сигмовидной кишки - 7 (18,9%), язвенный колит - 3 (8,1%), болезнь Крона - 2 (5,4%), диффузный полипоз - 3 (8,1%).

В 18 случаях больных стомоносительства продолжалось в течении 3-6 месяцев, в 9 случаях стомоносительства продолжалось в течении 6-9 месяцев, в 7 случаях стомоносительства продолжалось в течении 9-12 месяцев и в 3 случаях у больных с опухолевыми заболеваниями стомоносительства продолжалось в течении более 1 года.

Реконструктивно-восстановительные операции (РВО) при колостомах путем формировании межкишечных анастомозов методом инвагинации, с применением однорядных швов.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде несостоятельность межкишечного анастомоза у больных не выявлено. Пациенты выписывались на 10-12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Пациенты трудоспособного возраста в 96% случаев возвращались к труду.

Выводы. Выполнение этапных операций в колоректальной хирургии позволяет значительно снизить процент послеоперационных осложнений.

Реабилитация стомированных пациентов, которая направлена на ликвидацию стомы с восстановлением кишечного пассажа психологически, социально и экономически обоснована, поскольку только после выполнения РВО может состояться полноценная медико-социальная реабилитация пациента.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Абдуллажонов Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Послеоперационные осложнения в детском возрасте и их профилактика является одной из актуальных проблем современной хирургии. Причинами осложнений у детей могут быть интраоперационное инфицирование, значительная длительность хирургического вмешательства, травматичность и несовершенство техники выполняемой операции. Профилактика послеоперационных воспалительно-гнойных осложнений, заключается в борьбе с инфицированием эндогенного и экзогенного характера. Основным мероприятием в профилактике инфекции может стать рациональное и своевременное назначение антибактериального лечения, что приводит к сокращению предоперационного и послеоперационного койка дней. Если учесть тот факт, что интра-абдоминальные инфекции являются наиболее частой причиной сепсиса, то очевидным становится частота летального исхода при абдоминальном сепсисе до 30%. Известно, что одним из источников эндогенного инфицирования является микробная транслокация.

Цель исследования: поиск объективных критериев, решение которых позволит рационально и эффективно использовать современные методы профилактики послеоперационных гнойных осложнений.

Материал и методы: нами в условиях ОРИТ у детей с тяжелой патологией, где наблюдается высокий риск развития послеоперационных осложнений, применяется интра-операционное введение антибактериальных средств. За период 2013-2016 год в ОРИТ было пролечено 133 больных с послеоперационными осложнениями, что составляло 2,1% от общего числа всех экстренных операций проведенных на органах брюшной полости и головного мозга.

Результаты: практически при любой операции на брюшной полости и головном мозге способ санации не гарантирует защиты от возникновения гнойных осложнений. Нами выявлена эффективность антибактериальной терапии в начале, интра- операционно, после любой хирургической операции на органах брюшной полости и головного мозга.

Выводы при правильном выполнении рациональной интраоперационной антибактериальной терапии, можно проследить не только сокращение пребывания больных в отделении, но и профилактику гнойно-воспалительных осложнений в позднем послеоперационном периоде.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Абдуллажонов Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Улучшение предоперационной подготовки, оптимизация анестезиологического обеспечения и коррекция печеночной дисфункции в послеоперационном периоде у детей с множественной формой эхинококкоза печени.

Материал и методы. В отделении АРИТ АОДММЦ с 2016 по 2019 г. на стационарном лечении находились 42 детей с множественными эхинококковыми кистами печени. В 37,1% случаев кисты имели малые (от 10 до 60 мм), в 49,3% средние (от 70 до 110 мм), 19% кист большие (более 120 мм) размеры. Проводилась лапаротомия и одноэтапная традиционная эхинококкэктомия с капитонажем остаточной полости. Предоперационная подготовка у данной категории детей включала в себя: 1) коррекцию гемодинамических нарушений (переливание 6% раствора гидроксизилкрахмала); 2) десенсибилизирующую терапию (антигистаминные препараты, а при необходимости стероидные гормоны); 3) улучшение функции печени (препараты гепатопротекторного действия: эссенциале и т.д.); 4) детоксикационную терапию; 5) коррекцию гипопроотеинемии. Всем больным оперативное вмешательство проводилось в условиях общего обезболивания и управляемой вентиляции легких. Для поддержания адекватной гемодинамики интраоперационная инфузионная терапия основывалась на 6% растворе гидроксизилкрахмала в дозе 5-6 мл/кг/ч. Гемотрансфузия производилась лишь при нарастании анемии ниже 80 г/л. В зависимости от метода общей анестезии выраженность хирургического стресса определялась по уровню адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола сыворотки крови больных. Исследование проводилось на следующих этапах: исходные данные; наиболее травматичный момент операции; ранний послеоперационный период и вторые сутки после операции.

Результаты и их обсуждение. Тяжелое соматическое состояние на фоне множественного поражения печени и предстоящее длительное оперативное вмешательство при данной патологии требует выбора анестетиков, минимально метаболизирующихся в печени. Из современных препаратов этим требованиям наиболее отвечает фармакокинетика ингаляционного анестетика севофлурана, который подвергается биотрансформации в печени лишь на 3-5%, преимущественно элиминируясь в неизменном виде через легкие. В зависимости от способов анестезии пациенты разделены на две группы: 1-ю (n=23) составили дети, у которых применялась общая анестезия на основе севофлурана и во 2-й (n=19) осуществлялась тотальная внутривенная анестезия с применением пропофола, практически полностью подвергающийся метаболизму в печени. Проведение оперативного вмешательства у пациентов 2-й группы сопровождалась активацией гипоталамо-надпочечниковой системы, проявляющаяся в постепенном нарастании уровня кортизола и АКТГ. Повышение уровня кортизола во время травматичного периода операции составило в 1,9 раза (от 571,9±89,8 до 1082,2±55,7 нмоль/л) по сравнению с исходными значениями и в 2,1 раза (до 1194,5±29,0 нмоль/л) в раннем послеоперационном периоде (p<0,001). Это свидетельствует о мобилизации адаптивных систем организма и активации антиноцицептивной системы. При сравнении значений АКТГ на этапах исследования отмечались статистически незначимые изменения в 1-й группе и нарастание уровня гормона в 6,7 раза (от 1,89±0,23 пг/мл до 11,0±1,12 пг/мл) во 2-й группе в раннем послеоперационном периоде (p<0,001).

Таким образом, изменение уровней гормонов в сыворотке крови у детей при травматичном этапе операции и в раннем послеоперационном периоде исследования свидетельствует о более адекватной защите организма от операционного стресса при использовании общей анестезии на основе севофлурана. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде складывалась из нескольких основных разделов. Проводилось непрерывное

мониторирование жизненно важных функций организма и контроль за адекватным газообменом. Пролонгированная искусственная вентиляция легких в нашей практике проводилась у трех пациентов в течение 1 и 1,5 ч и в 2 случаях до 12 ч после удаления более 20 кист. Особое значение придавалось адекватному обезболиванию и волеической поддержке. Проводилась антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений, посиндромная терапия с включением гепатопротекторов. Все пациенты, оперированные по поводу множественного эхинококкоза печени, выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы. 1. Проведение анестезиологического пособия с использованием ингаляционного анестетика севофлуран позволяет более адекватно защитить организм от операционного стресса и минимально воздействовать на метаболизм гепатоцитов.

2. Предоперационная подготовка с коррекцией выявленных нарушений гомеостаза и адекватная интенсивная терапия в послеоперационном периоде позволяет проводить оперативное вмешательство с гладким течением наркоза и избегать явления печеночной недостаточности.

ВНУТРИОРИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ СИНУСИТАХ

Абдумаликов И.М., Юсупов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: в течение года под нашим наблюдением находились 27 больных синуситами с осложнениями в глазницу в возрасте 7 до 41 года. Все больные ранее лечились в глазном отделении с различными диагнозами (флегмона глазниц, отек верхнего века, ретроорбитальный абсцесс). Проводимое лечение результата не принесло, хотя у 8 больных было проведено хирургическое вмешательство.

Материалы и методы: При обследовании в нашей клинике у больных в носу обнаружена небольшая отечность слизистой оболочки полости носа и носовых раковин, в среднем носовом ходе-следы гнойного отделяемого.

На рентгенограмме придаточных пазух носа определялись затемнения верхнечелюстной и лобной пазухи в различной интенсивности. В тоже время ни один больной при поступлении в клинику не предъявлял жалоб на нарушения со стороны ЛОР органов.

Больным проводились диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи, и зондирование лобной пазухи, в результате которых гнойное отделяемое получено у всех пациентов.

После пункции и промывания пазухи состояние со стороны глазницы, значительно улучшилось.

Как выяснилось, у 5 больных причиной внутри глазничных осложнений послужил этмоидит, у 14 гайморит и у 8 фронтит.

Все больные получили комбинированное лечение как у окулиста, так и у оториноларинголога.

Вывод: Таким образом, больные, поступающие в глазное отделение с внутриорбитальными осложнениями, должны обязательно проконсультироваться у оториноларинголога.

ТАШҚИ БУРУННИНГ ТУҒМА ВА ОРТТИРИЛГАН НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОНАЗАЛ УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Абдумаликов И.М., Юсупов М.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Оториноларингология амалиётида ташқи бурун жароҳатидан сўнгги асоратлар, яъни косметик камчиликлар вужудга келиши инсон ҳаёти учун хавфли бўлмасда, лекин инсоннинг ташқи киёфасида, айниқса юз соҳасида косметик камчилик бўлиб, аксарият ёшлар ичида қатта аҳамиятга эгадир.

Мақсад ва вазифа: Ташқи бурун жароҳати шошилиш тиббий ёрдамга муҳтождир. Чунки қон кетишда докали тикин қўйилса, суяк синиши аломати бўлса, бурун суяклари рентгенографиясига асосланиб ёрдам кўрсатилади, бурун тўсиғи гематомасида оператив даво қўлланилади. Айрим беморлар ўз вақтида мурожаат қилмай, турли хил муддатдаги вақтда куйидаги: бурундан нафас олишнинг қийинлашуви, ташқи буруннинг чап ёки ўнг томонга қийшайиши, айрим ҳолларда ташқи буруннинг эгарсимон шаклдаги нуқсонига шикоятлар билан келади. Биз бундай ҳолларда “Эндоназал” оператив усулини қўлладик.

Текширув усуллари ва натижалари: Юқоридаги шикоятлар билан лор бўлимида 3 йил мобайнида даволанган беморлар натижалари таҳлил қилинди. Улар 7 нафар бўлиб, улардан 3 нафари (40%) аёллар ҳисобланиб, 2 нафари (75%) 35 ёшли, 1 нафари эса (25%) 18 ёшда бўлган. Қолган 4 нафари (60%) эркаклар, уларнинг ўртача ёши 20 ёшда. Юқорида кўрсатилган беморлар анамнезида механик жароҳат олганлиги аниқланган. Лекин ўз вақтида оториноларингологларга учрамаган. Бу беморларнинг барчасида эндоназал усулни қўллаб, ташқи буруннинг эгарсимон чўққайган қисмига протез қўйиб кўтарилди ва косметик етишмовчилик бартараф этилиб, ташқи бурун ўз меъёрига келтирилди. 10-15 кун боғлов билан ушланди.

Хулоса: Оториноларингология амалиётида ва адабиётларда кўрсатилганидек, ташқи буруннинг эгарсимон нуқсони операцияси бурун учидан горизонтал кесиш йўли билан амалга оширилиб, операциядан сўнг чандиқ кўзга ташланиб турган. Биз қўллаган эндоназал усулда эса бурун қанотини суякка ўтиш жойида тери кесилиб, операция ўтказилганида ҳеч қандай чандиқ кўзга ташланмайди.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Абдурасулов Х.Х., Ахмедов М.М., Ташматова Ю.Ж., Хакимова Г.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Боль является одним из основных симптомов, причиняющих страдания при злокачественных новообразованиях (ЗНО). В мире насчитывается свыше 7 млн. 90 тыс. человек с установленным диагнозом ЗНО, из них ежегодно умирает около 400 тыс., и выявляется более 500 тыс. новых случаев заболевания. На начальных стадиях опухолевого процесса 35–50% больных жалуются на боль, при прогрессировании ЗНО их число увеличивается до 75%, а в терминальной стадии – до 95–100%. Таким образом, число онкологических больных, нуждающихся в обезболивающей терапии, значительно превышает число умерших от ЗНО и только в нашей стране составляет не менее 433 тыс. пациентов.

В общей группе умирающих детей с онкологической и неонкологической патологией боль регистрируют в 85–98% случаях. В 60–87% случаях боль является умеренной и тяжелой. У детей с неонкологическими заболеваниями в терминальной стадии распространенность боли достигает 90% при муковисцидозе, 80% при тяжелых врожденных пороках развития, 70% при ДЦП, 60% при ВИЧ/СПИД, 40% при нейродегенеративных заболеваниях.

В группе онкологических умирающих пациентов детского возраста персистирующая боль, требующая использования опиоидных анальгетиков, встречается до 89–90% случаев. Мировая практика показывает, что правильное назначение обезболивающих согласно современным клиническим рекомендациям способно облегчить болевые ощущения в подавляющем большинстве случаев. Клиницисты должны понимать возможное влияние боли на пациента и купировать её проявления быстро и эффективно.

Цель исследования. Основной целью паллиативной медицинской помощи является эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти.

Методы исследования. Методология лечения боли при оказании паллиативной медицинской помощи должна предусматривать несколько позиций:

- объяснение пациенту и его семье причин страдания,
- изменение образа жизни пациента,
- терапевтическое воздействие на ход болезни,
- повышение порога боли,
- воздействие на процессы проведения боли.

Основным методом лечения хронической боли у пациентов всех возрастных групп является системная фармакотерапия неопиоидными и опиоидными анальгетиками в сочетании с адъювантными препаратами, которая оказывается эффективной более чем в 80% случаев.

Результаты исследования. Анализ результатов исследований этой методики позволяет дать лишь частично обоснованные рекомендации по титрованию дозы пероральных лекарственных форм морфина, оксикодона и гидроморфона с немедленным и с пролонгированным высвобождением активного вещества.

При необходимости схемы титрования обоих типов лекарственных форм должны дополняться применением пероральных опиоидов с немедленным высвобождением активного вещества. Для оценки интенсивности боли и эффективности лечения необходимо применять специальные шкалы; помимо этого регистрировать локализацию, время появления, характер и длительность болевого синдрома.

Правильное использование нужного анальгетика способно облегчить болевые ощущения у детей в большинстве случаев. Главные принципы использования анальгетиков в детской паллиативной помощи: «Через рот», «По часам», «Индивидуальный подход к ребенку», «По восходящей». Кроме того, необходимо назначать анальгетики с учетом патофизиологии боли. Ноцицептивная боль может отвечать как на неопиоидные, так и на опиоидные анальгетики, нейропатическая боль – на анальгетики и адъюванты, таламическая боль, напротив, плохо отвечает на анальгетики и адъюванты.

Оказание паллиативной медицинской помощи пациенту в последние дни и часы жизни имеет некоторые особенности, в первую очередь, в обезболивании.

Не рекомендуется снижать подобранную эффективную дозу опиоидного анальгетика из-за снижения уровня артериального давления или спутанности сознания, если они не являются прямым следствием неверного подбора дозы опиоидного анальгетика. При необходимости снижения дозы, ее следует уменьшать не более чем на 50% в течение суток, чтобы избежать прорыва боли и возможного развития синдрома отмены.

Помимо контроля боли, необходимо оценивать уровень и динамику других тягостных симптомов, которые могут усиливать страдания. К этим симптомам относятся пролежни, рвота, отечный синдром, запоры, задержка мочи, эпизоды возбуждения и др. В этой связи, даже при отсутствии сознания у пациента рекомендуется сохранять прием опиоидных анальгетиков, применяя титрование дозы.

Вывод. Несмотря на значительные достижения в области анестезиологии, фармакологии и паллиативной медицины, адекватный контроль хронической боли не достигается, по разным оценкам, у 25 — 60% пациентов. Препятствия на пути к улучшению контроля боли возникают на разных уровнях (медицинский персонал, пациенты и члены их семей, система здравоохранения). Основным показателем качества ПМП и противоболевого лечения будет являться отсутствие боли у пациента.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Абдурасулов Х.Х., Ахмедов М.М., Ташматова Ю.Ж., Хакимова Г.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Хронический болевой синдром является самостоятельным заболеванием. Он не исполняет защитной функции и не несет никакой биологической целесообразности. Напротив, хроническая боль ведёт к дезадаптации, к ненормальному восприятию болевых и неболевых импульсов и сопровождается различными нарушениями функций ЦНС. Клиническая картина зависит от локализации очага поражения, конституции больного, его психики и индивидуального порога болевой чувствительности, предшествующего болевого опыта.

Необходимо учитывать, что доля наблюдаемых детской паллиативной службой онкологических инкурабельных пациентов значительно отличается от взрослой, т.к. онкология не является основной патологией для детской паллиативной службы. До 80-85% детей, которые наблюдаются в мире специалистами по паллиативной помощи, имеют неонкологические заболевания (врожденные пороки развития, нейродегенеративные заболевания, нейромышечные заболевания). Ежегодно по данным российской статистики умирает от различных злокачественных заболеваний около 1100 детей, для которых должны быть разработаны и внедрены в практику алгоритмы ведения тягостных симптомов, показания к госпитализации в стационар, решены вопросы заместительной гемотрансфузионной терапии, рекомендации по химиотерапии сдерживания.

Основной и самой сложной проблемой, определяющей качество жизни не только пациента с онкологическим заболеванием, но и его семьи, в настоящее время является персистирующий болевой синдром, возникающий на фоне прогрессирования злокачественного заболевания. По данным мировой литературы он встречается у 80% детей, страдающих неизлечимыми заболеваниями оставаясь при этом не до конца решенным вопросом во всем мире.

Цель исследования. Оценить потребность в проведении и оптимизировать анальгезирующую терапию персистирующего болевого синдрома у паллиативных онкологических пациентов детского и подросткового возраста.

Материалы и методы исследования. В данное ретроспективно-проспективное исследование включены 400 пациентов в возрасте от 0 мес. до 20 лет с инкурабельными онкологическими заболеваниями, которые наблюдались в АООД.

Результаты исследования. Из всех больных, включенных в исследование (n=400), хронический болевой синдром был диагностирован как минимум на одном из этапов наблюдения у 284 детей, что составило 71% от общего количества пациентов. Исходно болевой синдром при включении в исследование имелся лишь у 40 пациентов (10% от всех включенных в исследование и 14,4% от больных с болевым синдромом), у остальных 244 больных (85,6% от больных с болевым синдромом) он развился уже в процессе наблюдения в рамках паллиативной программы.

Развитие болевого синдрома и, соответственно, потребность в анальгетической терапии, встречались с неодинаковой частотой среди пациентов разных нозологических групп. Наиболее часто болевой синдром наблюдался у больных с экстракраниальными солидными опухолями.

У 116 (29%) пациентов, включенных в исследование, на всем протяжении наблюдения болевой синдром не возник. Больше всего пациентов, не требовавших анальгетической терапии на протяжении всего этапа паллиативного лечения, страдали опухолями ЦНС – 78 из 116 (67,2%), при этом потребности в обезболивании не возникло лишь у 27 пациентов (23,2%) с гемобластомами и у 11 (9,5%) пациентов с экстракраниальными солидными новообразованиями. На момент развития болевого синдрома его интенсивность была неодинакова: боль расценивалась как слабая у 99 (35%) пациентов, умеренная боль была у 156 (55%) пациентов, а у 29 (10%) пациентов боль была сильная. Большинство больных, имевших интенсивный болевой синдром, при первичном визите были представлены больными с опухолями костей – 20 из 29 (69%) пациентов с сильной болью.

Эффективность назначенной анальгетической терапии оценивалась через 24 и 72 часа после первичного визита с применением шкал оценки боли. Всем 99 пациентам с инициально слабой болью анальгетическая терапия с полным купированием болевого синдрома была подобрана на 24 час после назначения анальгетиков. В случае наличия у пациента нейропатического компонента боли, согласно алгоритму, применялись адъюванты, эффективность которых отдельно описана ниже. В качестве анальгетической терапии получали НПВС (ибупрофен или парацетамол) 60 (60,6%) пациентов из этой группы, в связи с АЧН менее 0,5х10⁹/л получали слабый опиоидный анальгетик трамадол в возрастных стартовых дозировках 1 мг/кг/сут 4 раза в сутки 39 (39,4%) пациентов. В группе пациентов с умеренной болью назначался трамадол. На 24 час из 156 у 110 (70,5%) пациентов боль была купирована, а у 46 (29,5%) пациентов потребовалась коррекция дозы анальгетика – увеличение дозы до 6-8 мг/кг/сутки и добавление к слабому опиоиду НПВС у 18 (39%) и адъювантов у 28 (41%) из 46 пациентов. В случае наличия у пациента нейропатического компонента боли, согласно алгоритму, применялись адъюванты, эффективность которых отдельно описана ниже. На 72 час оценки эффективности в группе пациентов с умеренной болью все были адекватно обезболены. При возможности, пациенты с умеренной болью в плановом порядке переводились с трамадола на морфина гидрохлорид по мере его доступности для пациента. В группе пациентов с инициально сильной болью стартовым анальгетиком был сильный опиоид – морфина гидрохлорид в возрастных дозировках, 23 (79%) из 29 пациентов с сильной болью были обезболены на 24 час назначения анальгетика, 6 (21%) пациентам потребовалась эскалация дозы морфина гидрохлорида.

Таким образом, при использовании модифицированного алгоритма адекватного инициального обезбоживания удалось добиться в пределах 24-72 часов у всех пациентов вне зависимости от пола, возраста, нозологической группы, места жительства и места проведения терапии.

Вывод. На основании оценки особенностей болевого синдрома в зависимости от типа опухоли и механизмов его развития, оптимизирована тактика лечения хронической боли у детей и подростков с инкурабельными онкологическими заболеваниями.

КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯ НУР ДИАГНОСТИКАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛИ

*Аблязов А. А., Мадрагимова Б. Х., Якубов Н.И.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Годфри Хаунсфилд ва Аллен Кормаклер 1972 йили компьютер томография усулини кашф қилдилар ва бу усул рентген нури очилгандан кейинги энг катта ихтиро деб тан олинди. Юқорида зикр қилинган олимлар ушбу янгилик учун 1979 йилда Нобель мукофоти олишга сазовор бўлдилар. Компьютер томографияда одам организмнинг кўндаланг (аксиал) кесими олиниб текширилади ва биринчи марта калла суяги, мианинг кўндаланг кесимлари тасвирга туширилган, кейинчалик тананинг бошқа қисмларини сканерлаш ҳам йўлга қўйилган.

Компьютер томография усулида традицион рентгенография ва томография усулига нисбатан тасвир юқори даражада аниқ чиқади. Компьютер томография трубкаси коллимацияли ингичка рентген нур чиқаради, бу нур тана бўйича перпендикуляр холда тарқалади. Коллимацияни бошқариб кесиш қалинлигини 1мм-дан 10 мм-гача узайтириш мумкин. Бемор орқали ўтказилган нур пленкага тушмасдан, махсус детектор системасида қайта ишланади. Одатда, 700 га яқин детекторлар ишлатилади ва уларнинг жойланиши рентген нури тутамининг кенглигига қараб бўлади. Детектор сифатида химиявий моддаларнинг ҳар хил кристаллари (масалан: натрий йодид), ёки ксенон зич тўлдирилган камералар ишлатилади. Компьютер томография детекторлари организмдаги нурланиш интенсивлигини аниқлашда рентген пленкасига нисбатан тахминан 100 баробар юқори сезгирликка эга. Компьютер томография текширувида одатда ҳар бир анатомик соҳанинг қаватма- қават текшируви проекцион томография қилишдан бошланади. Проекцион тасвир компьютер томография аппаратининг трубка ёки детекторларини айлантирмасдан туриб, бемор ётган столнинг жойини ўзгартириш орқали олинади.

Компьютер томография ўта сезгир усул бўлиб, зичлиги 1-2% фарқ қиладиган аъзо ва тўқималарни дифференциация қила олади (рентгено- граммада бу кўрсаткич 15-20%ни ташкил қилади). Ҳар бир тўқима рентген нурини ўзидан ҳар хил ўтказилади.

Шунга асосланиб Хаундфилд шкаласи тузилган. Бу шкала бўйича сув коэффиценти “О ”-га тенг қилиб олинган. Суяк зичлиги +1000-га, ҳаво зичлиги – 1000га тенглаштирилган. Парехиматоз органларда бу катталиқ 100 (Хаунсфилд бирлиги) атрофида. Кесиш қатлами қанча кўп бўлса, бемор компьютер томографияда шунча кўп нурланиш олади. Бугунги кунда компьютер томография бош мия, орқа мия, умуртка лағонаси, ўпка ва юрак касалликлари, жигар, буйрак, ошқозон ости беши, аорта ва ўпка артерияси ва бошқа аъзоларга ташхис қўйишда асосий усул ҳисобланади.

Компьютер томография ишлаб чиқариш технологияси ривожланиши ҳисобига 1988 йили спирал компьютер томография, 1992 йили мультиспирал компьютер томография кашф этилди ва бу усулларда текшириш вақти қисқартирилганлиги натижасида беморларнинг нур билан захарланиши дозаси паст.

Спирал ва мультиспирал компьютер томография усулларида бемор ётган стол бирламчи елпиғич нур орқали доимо чизғичли ҳаракат қилиб туради ҳамда компьютер томограф аппаратининг трубкаси ва детектори айланиб туради. Натижада томографнинг рентген трубкасидан чиқаётган нур бемор танаси орқали спиралсимон ҳаракатда бўлади. Бунда каттагина анатомик соҳани бир марта нафас чиқариб ушлаб туриш вақтида сканерлаш мумкин. Спирал ва мультиспирал компьютер томограф юқори даражада сифатли уч ўлчовли (сагиттал, фронтал, аксиал) тасвир беради.

СКТ ва МСКТ аппаратларида текшириш вақти қисқа бўлади, шунинг учун бемор оз нурланиш олади. Компьютер томография, спирал ва мультиспирал компьютер томографларда нур манбаи рентген трубкасидир.Шундай кўп имкониятларга эга бўлишдан қатъий назар спирал ва мультиспирал томографлар юрак соҳасини текширишда ва юрак ритми тасвирини олишга улғирмайди. Бунинг учун компьютер томографнинг кинокомпьютер томограф тури бўлиб, у битта тасвирни 50мс-да олиши, бир секундда 17-та тасвир чиқаради ва бу томограф юрак фаолиятини текширишда қўлланилади. Бунда интенсив электрон нури елпиғичсимон ҳолатдаги бемор танаси орқали ўтиб катта детекторга тушади. Трубка ва детектор ҳаракатсиз мутлоқ ҳолатда туради. Кино-компьютер томография асбоблари жуда қиммат бўлгани учун ҳозирги кунда кино компьютер томограф кам фойдаланилаети.

ПРЕИМУЩЕСТВО ПОЗИТРОННО – ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ

*Аблязов А.А., Рашидова Ш. У., Рахимова К.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Среди методов ядерной медицины позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) занимает особое положение. Для ее реализации необходимы химфармпрепараты, которые содержат радиоактивные изотопы, излучающие позитроны или гамма-кванты с энергией гамма- излучения более 1024 кэВ. Взаимодействуя с тканями организма, каждый первичный квант создает две частицы: электрон и позитрон, что в дальнейшем приводит к одновременному образованию двух гамма-квантов, вылетающих в противоположные стороны. Возникает возможность вычислять точную координату их возникновения, т.е. строит изображение математическими методами восстановления. В отличие от традиционных радиологических процедур (рентген, компьютерная и магнитно- резонансная томография), которые позволяют получать только изображения структур человеческого тела, позитронно-эмиссионный томограф дает возможность проводить количественный анализ и визуализировать функцию органов на уровне метаболизма, что очень часто позволяет определить причину болезни в кардиологии, неврологии и онкологии до начала проявления клинических симптомов.

Среди многообразия ядерных диагностических методов ПЭТ предоставляет уникальную возможность визуализации хода биологических процессов in vivo с высоким пространственным разрешением. Используя набор радиоактивных трассеров, являющихся радиоактивными изотопами природных элементов постоянно присутствующих в человеческом организме (11C, 13N, 15O, 18F), можно получать ПЭТ изображения. Эти трассеры и природные заменители, а также лекарства, меченные трассерами, моделируют естественные сахара, протеины, воду и кислород, находящиеся в живом организме. Позитронно-эмиссионный томограф позволяет установить местоположение трассера и получить изображения на уровне клеточной биологической активности. Основываясь на изучении фундаментальных процессов, происходящих в живом организме, методология ПЭТ является связующим звеном между фундаментальной и клинической науками.

Технологии ядерной медицины универсальны по возможности их применения. Они с успехом могут быть использованы: в диагностике, в прогнозировании исхода заболевания и, в частности, при оценке степени распространенности процесса, при профилактических осмотрах, в том числе как основные технологии важных скрининг-программ.

Появившаяся в последние несколько лет ПЭТ стала одной из самых избирательных методик для поиска опухолевого поражения некоторых локализаций и отдаленных метастазов. Метод способен обнаруживать наличие опухолевого процесса в организме задолго до того, как он может быть выявлен с помощью КТ, МРТ и УЗИ. При ряде локализаций опухолевого процесса (кожа, лимфатическая система, легкие, поджелудочная железа, толстая кишка) точность метода приближается к 100%. В основе ПЭТ лежит эффект избирательного накопления опухолевой тканью короткоживущего радиофармпрепарата. К настоящему времени лучшие результаты получены при использовании флюорин-дезоксиглюкозы (FDG), которая быстро накапливается в опухолевой ткани и способствует визуализации опухоли при сканировании. Применение в ПЭТ-сканерах сверхбыстрых кристаллов с высокой разрешающей способностью позволяет получать 3-мерные изображения всего тела, а сочетание в гибридных ПЭТ-КТ-томографах функциональной и морфологической информации способствует более точной органной и пространственной диагностике опухолей, оптимальному планированию лучевой терапии за счет снижения рассеянной дозы и максимальному сохранению здоровых тканей вокруг опухоли. К сожалению, метод пока не получил большого распространения из-за высокой стоимости оборудования и определенных технических требований к проведению исследования.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

*Аблязов А.А., Тургунов Ш.Ш., Зулдунов А.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Магнитно-резонансная томография (МРТ) считается новым методом, хотя имеет уже довольно долгую историю своего развития и совершенствования. Первые МРТ изображения человека получил в 1977 году Раймонд Дамадьян с соавторами, а с 1982 года началось серийное производство МРТ. Сейчас трудно представить медицину, в том числе, вертебрологию без МРТ, которая постоянно совершенствуется и развивается.

В зависимости от напряженности магнитного поля существуют МР-системы со сверхнизким [менее 0,1 Тесла (Тл)], низким, средним, высоким и сверхвысоким (выше 3Тл) полем. Высокопольные машины обладают более высокими: пропускной способностью, пространственным разрешением при исследовании мелких структур, возможностями для выполнения быстрых последовательностей (МР-ангиограммы). При планировании использования всего спектра возможностей МРТ приемлемыми являются системы с магнитным полем 1,0-1,5 Тл.

Современная МРТ является “золотым стандартом” в визуализации позвоночника. Такие качества, как мультипланарность и высокая чувствительность к структурным сдвигам всех элементов позвоночного столба делают этот метод лидирующим среди прочих.

МРТ позволяет оценить состояние межпозвонковых дисков, фиброзного кольца, дурального пространства, спинномозговых корешков и ганглиев, межпозвонковых суставов, сужение межпозвонковых отверстий, позвоночного канала, изменения спинного мозга, заинтересованность связочного аппарата и паравертебральных мышц. МРТ дает возможность дифференцировать протрузию и грыжи межпозвонкового диска более отчетливо, чем другие методики, выявляя наиболее ранние признаки дистрофических изменений межпозвонковых дисков и тел позвонков.

На сегодняшний день МРТ-метод выбора при клинических симптомах компрессии спинного мозга. Экстрамедулярные интрадуральные патологические процессы вместе с экстрадуральной компрессией спинного мозга грыжами диска являются главной причиной вертебральных изменений. Экстрамедулярные интрадуральные образования чаще доброкачественные, из них большинство представлены невриномами и менингиомами, гораздо реже интрадуральные экстрамедулярные метастазы, а также сосудистая патология (радикуломедулярные мальформация, субдуральные гематомы). МРТ четко дифференцирует содержимое дурального мешка и спинной мозг, специфичность метода по отношению к разграничению патологических процессов велика.

К основным достоинствам МРТ относится безвредность - отсутствие лучевой нагрузки, трехмерный характер получаемых изображений, естественный контраст от движущей крови, отсутствие артефактов от костных тканей, мягкотканый контраст, функциональность (возможность изучения и количественной оценки различных динамических процессов - скорости кровотока). МРТ-метод на сегодняшний день превратился в субспециальность медицинской визуализации, занимающую одно из первых мест по интенсивности научных исследований и инноваций. Уникальные возможности МРТ-сочетание информации: анатомической, функциональной и метаболической, обуславливают постоянно возрастающую значимость этого метода в клинической медицине.

К недостаткам МРТ метода относится длительное время получения изображения (как минимум несколько минут), что приводит к появлению артефактов от движения, невозможность надежного выявления кальцинатов, некоторых видов патологии костных структур, достаточно высокая стоимость оборудования, невозможность обследовать больных с противопоказаниями к МРТ (с искусственными водителями ритма, крупными металлическими имплантатами и др).

ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ СОВРЕМЕННОЙ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ

*Аблязов А.А., Исломов Р.Д., Тоджиходжаев Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

В традиционной рентгенологии появился широкий спектр рентгендиагностического оборудования, получающего не только различные виды аналогового, но и цифрового изображения. Термин “цифровая рентгенография” применяется к методам, при которых рентгеновское изображение преобразуется в цифровой сигнал. Принцип формирования цифрового изображения на всех приборах одинаков. Если на каждой единице площади аналогового изображения рассчитать среднюю плотность затенения и поставить соответственно этой плотности числового значения, то мы получим изображения в виде цифровой матрицы.

Типы цифровых рентгенографических систем делятся по принципу детектирования рентгеновского излучения на четыре основных вида: системы с оцифровкой рентгеновского изображения, получаемого с усилителем рентгеновского изображения; цифровая рентгенография на запоминающих люминафорах; цифровая рентгенография на основе полупроводниковых детекторов; цифровая рентгенография на основе многопроволочной пропорциональной камеры. В цифровой рентгенологии могут найти применение два класса приемников изображения: приемники с непосредственным формированием изображения и приемники с частичной регистрацией изображения, в которых полное изображение формируется путем сканирования либо рентгеновским путем, либо приемным устройством (сканирующая проекционная рентгенография).

Цифровые рентгенографические системы, по сравнению с обычными рентгеновскими аппаратами имеют ряд существенных преимуществ, которые, прежде всего, определяются чрезвычайно малой дозой облучения, необходимой для выполнения рентгеновского снимка, большим динамическим диапазоном изображения, большой площадью изображения; экономичностью в эксплуатации (мгновенное получение изображения, отпадает необходимость использования рентгеновской пленки, других расходных материалов); высокая производительность, прямая цифровая обработка снимков, обеспечивающая высокие диагностические возможности.

Преобразование традиционной аналоговой рентгенограммы в цифровую с последующей возможностью обработки рентгенограмм методами вычислительной техники стало распространенным процессом. В отличие от аналоговых, прямые цифровые рентгенографические системы позволяют получать диагностические изображения без промежуточных носителей, при любом необходимом уровне дозы, причем это изображения можно обрабатывать и отображать самыми различными способами. На современных рентгеновских установках доза облучения при проведении цифровой рентгенографии снижается в 20-30 раз. Повышаются диагностические возможности рентгеновской аппаратуры. Становится иным и характер труда рентгенолога, который, используя компьютерную технологию, получает возможность выделять на снимке зоны интереса, увеличивать или уменьшать контрастность изображения, подчеркивать контуры объектов, проводить измерение размеров и плотности органов и тканей, реконструировать трехмерную картину. Цифровая рентгенография позволяет оптимизировать хранение и передачу изображения. Создание электронных архивов изображений перспективно в возможности быстрой передачи изображений на расстояние по электронным сетям для консультаций (телерентгенология). Рентгеновская трубка и приемник изображения сопряжены с компьютером и управляются им, а получаемое изображение запоминается, обрабатывается (в цифровой форме) и отображается на телеэкране, составляющем часть пульта управления оператора-рентгенолога.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА

*Абызбаева А.С., Байкосова Г.К.
Оренбургский государственный медицинский университет*

Актуальность проблемы: Наследственный ангиоотёк (НАО) – редкое, генетически детерминированное, потенциально жизнеугрожающее заболевание, проявляющееся отеками кожи и слизистых. Распространенность заболевания - 1:50000-100000. Тип наследования - аутосомно-доминантный. Более 95% - случаи НАО с дефицитом функции C1-ингибитора.

Цель исследования: Оценить особенности впервые выявленного клинического случая у ребенка 15 лет.

Материал и методы исследования: В исследовании представлен клинический случай пациентки А. 2004 года рождения с наследственным ангионевротическим отеком, впервые выявленный в Оренбургской области. Пациентке проведена оценка физикальных данных, лабораторных исследований, где оценивался комплементс-эстеразный ингибитор C1.

Результаты исследования: Пациентка А. предъявляла жалобы на рецидивирующие отеки. Аллергоанамнез без особенностей. Генетический анамнез отягощен – у отца рецидивирующие отеки, не обследован.

Дважды в 7 и 11 лет отмечался рецидивирующий абдоминальный синдром по типу кишечной колики в течение 2-3 дней. Девочка наблюдалась у хирурга, боли купировались самостоятельно.

В возрасте 12 лет впервые появился отек левой кисти. Затем ежедневно возникали отеки стоп, голеней в местах механического давления, которые проходили за нескольких часов. По поводу отека левого предплечья и кисти по месту жительства получала лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, супрастином, эффекта от терапии не было. Направлена на обследование в детскую клиническую больницу города Оренбург. На осмотре отмечались следующие данные: выраженные плотные, бледные с мраморным оттенком отеки левого предплечья и кисти, чувство онемения, сохраняющиеся 4 дня. При проведении обследования выявлено снижение уровня C4 комплемента до 0,008 мг/дл (N 10-40). Заподозрен наследственный ангионевротический отек.

В «ГНЦ ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ» РОССИИ исследовались показатели системы комплемента: C4 компонент системы комплемента 0,0421 мг/мл (0,2-0,55), функциональная активность C1 ингибитора < 15% (70-130%), комплемент

эстеразный ингибитор С1 общий меньше уровня детекции(15-35). Подтвержден диагноз: «Дефект в системе комплемента: Наследственный ангионевротический отек I типа».

Пациентке назначена базисная терапия транексамовой кислотой (250 мг) по 3 таблетки 3 раза в сутки после еды. На фоне долгосрочной профилактики за последние 3 года абдоминальных атак, отеков области головы и шеи не было.

Выводы: Наследственный ангионевротический отек – редкое, угрожающее жизни заболевание. Отсроченность диагностики заболевания у данной пациентки 5 лет. В современной медицине есть методы лабораторной диагностики, позволяющие верифицировать диагноз и продлить медикаментозную профилактику жизнеугрожающих состояний.

ПОЛИПОЗ ЭТМОИДИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ФОТОДИНАМИК ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Авезов М.И., Якубова Н.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Полипоз этмоидитнинг кенг тарқалгани ва кўпинча қайталанган ҳолда кечиши оториноларингологларнинг касалликка бўлган қизиқишини янада орттирмакда. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари полипи аҳолининг 1-5% да учрайди С.Л. [Трофименко, 2010].

Полипоз этмоидит ечимининг муаммоси узок ўтмишга бориб такалади. Полипоз этмоидит ЛОР-аъзолари патологиялари орасида 5-10% ни ташкил этади [Лопатин А.С., 2002]. Касаллик оториноларингологларга мурожаат қилган беморлар орасида 5% ни, аллергологларга мурожаат қилган беморларнинг 4% ни ташкил қилади. [Лопатин А.С., 2003].

Кейинги йилларда жарроҳлик амалиёти ривожланиши ва дори-дармонларнинг кенг қўлланишига қарамадан касалликда қайталанмиш кўрсаткичи 5-60% [Портенко Г.М., Добрынин К.Б., 2001; Плужников М.С., 2002] ни ташкил қилмакда.

Ҳозирги кунда касалликнинг ташҳисини оидинлаштириш мақсадида замонавий тиббий технологиялар, яъни компьютер, мультиспирал компьютер ва магнит-резонансли томография, эндоскопик текширишлардан кенг фойдаланилмоқда. Бунинг натижасида полип тўқимасининг аниқ ўлчами, ҳолати ва тарқалиш жойини аниқ кўриш имкониятига эга бўлинмоқда. Бу эса ўз навбатида даволаш усулини тўғри танлашда муҳим аҳамият касб этади. Агар мазкур касаллик вақтида даволанмаса ёки тўғри ёндашилмаса ёмон сифатли ўсмаларга айланиши, суяк тўқималарига таъсир қилиши ёки бошқа оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади: полипоз этмоидитларни даволашда фотодинамик лазеротерапия усули самарадорлигини баҳолаш

Тадқиқотнинг материали ва услублари: Мазкур тадқиқотнинг мақсадига мувофиқ ва қўйилган вазифаларни амалга ошириш учун, 2015-2019 йиллар оралиғида Хоразм вилояти Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР-бўлимида даволашда бўлган 18-63 ёшдаги қўшимча 101 нафар бемор текширувдан ўтказилди.

Беморларнинг ўртача ёши $41,8 \pm 6,4$ бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши $44,2 \pm 4,8$, аёлларники эса $35,1 \pm 3,7$ га тенг бўлди. Ушбу тадқиқотда эркаклар 1,8:1 мутаносибликда устун келдилар.

“Восток” лазер ускунаси (ООО «НАФ», Россия) 0,89 мкм лазер нурланиш диапазонида эга бўлиб, импульс узунлиги $100 \pm 10\%$ нс ва нурланиш қуввати 9 Вт кам бўлмаган, чиқиш қуввати 3 Вт га тенг. Бу ускунанинг импульслари частотаси $4000 \pm 10\%$ Гц гача бўлиб, модуляция частотаси $2,4 \pm 10\%$ Гц га тенг бўлди.

Биз 0,89 мкм нурланиши, 3,0 мВт қувватли, нурланиш частотаси – 2000 Гц, импульс модуляцияси 2,4 Гц таъсирли фотодинамик лазеротерапияни қўлладик. Муолажалар ҳар куни ўтказилди, бир курс 10 муолажадан иборат бўлди. Фотодинамик полилазеротерапия рационализаторлик таклифига мувофиқ амалга оширилди (08.05.2012 й. гувоҳнома №00015 ТашВМИ).

Тадқиқотда иштирок этган (барчаларига полипотомия ўтказилган) барча беморлар 4 гуруҳга ажратилди ва бир-бирларига статистик таққосланди:

1 гуруҳ – полипотомия ва жарроҳликдан кейинги 3 ой муддат “Флутинекс” воситасини қабул қилишдан иборат стандарт даволанган беморлар.

2 гуруҳ – беморларга “Флутинекс” воситаси жарроҳликка тайёрлов восита сифатида жарроҳликдан 2 ҳафта аввал буюрилди ва жарроҳликдан кейин яна 3 ой муддатга тавсия қилинди.

3 гуруҳ – ушбу гуруҳда жарроҳликдан аввалига тайёргарлик амалга оширилмади, бироқ уларга жарроҳликдан кейин “Флутинекс” воситаси 3 ойга буюрилди ва 10 сеанс фотодинамик полилазеротерапия ўтказилди.

4 гуруҳ – “Флутинекс” билан 2 ҳафта давомида жарроҳликка тайёрланди, жарроҳлик амалиёти ўтказилди ва жарроҳликдан кейинги даврда “Флутинекс” яна 3 ойга буюрилди, ҳамда 10 сеансдан иборат фотодинамик полилазеротерапия ўтказилди.

Барча беморларда умум қабул қилинган клиник ва лаборатор текширувлар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Даволаш гуруҳлари барча беморларда хид билиш кўрсаткичлари киёсланганда, 4 гуруҳ беморлари гипосмиянинг пастроқ даражаси қайд этилди, гипосмия кўрсаткичи ўсиши бўйича кўрсаткичи ҳисобланганда, 3, 2 ва 1 гуруҳлар қайд этилди.

МТВ бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳолатини объектив баҳолашга имкон берди, бу эса у ёки бу услуб ёрдамида ўтказилган даволаш самарасини баҳолашда муҳим. МТВ тикланиши бўйича энг самарали даволаш услуби 4 гуруҳ беморларини даволаш услубини кўрсатиш мумкин, энг кам самаралиси эса – 1 даволаш гуруҳи бўлди. Бурун бўшлиғи функциялари тезроқ тикланиши ва узокроқ муддат меъёрга сакланиши 4 даволаш гуруҳида кузатилди. Бу жарроҳликдан кейин қўлланилган “Флутинекс” воситасининг кучли таъсири, фотодинамик полилазеротерапия натижасида бурун бўшлиғининг микроциркуляцияси яхшиланиши билан боғлиқ.

Полипоз этмоидит каби сурункали касалликни даволаш самарасини баҳолашда биринчи ўринга рецидивсиз даврнинг давомийлиги чиқади. Бурун бўшлиғи адренализациясидан сўнг, текшириб қўрилганда бурун ўрта йўлида полипларнинг аниқланиши рецидив ҳолати деб қайд қилинди. Рецидивлар энг кам 4 даволаш гуруҳида кузатилган – 2 беморда 9 ойдан сўнг, 5 беморда, 18 ойдан сўнг ва 8 беморда, 27 ойдан сўнг қайталанган. Бироқ 1 даволаш гуруҳида 9

ойдан сўнг рецидив 5 беморда, 18 ойдан сўнг – 7 ва 27 ойдан сўнг – 17 беморда аниқланган. Барча беморларнинг ўрта хисобида 9 ойдан сўнг 14 беморда, 18 ойдан сўнг – 24 беморда, 27 ойдан сўнг – 51 беморда рецидив кузатилган. 2 ва 3 гуруҳ кўрсаткичлари тадқиқотдаги беморларнинг ўртача кўрсаткичларига тўғри келган.

ПРС рецидивы ускуна ёрдамида ва лаборатория таҳлиллари билан тасдиқланган ПРС 4 гуруҳ беморлари бурун бўшлиғи, икки томонлама бурун ва галвирсимон лабиринт соҳасига навбатдаги 10 сеансдан иборат фотодинамик полилазертерапия курсидан сўнг, бурун бўшлиғини эндоскопик текширилди, ва полипоз тўқима ҳажмининг кичрайиши – ПРС инволюцияси кузатилди.

Хулоса. Биз томонимиздан ишлаб чиқилган ва таклиф этилаётган услуб самарали, амалга оширишга қулай ва ижобий натижаларга эга бўлгани сабабли оториноларингологиянинг даволаш амалиётига жорий этилишига тавсия қилинади. Полипоз этмоидитнинг даволашнинг ушбу услубини қўллаш орқали бурун бўшлиғи функциялари тезроқ тикланиши ва беморларнинг цитокин статуси тезроқ метёрга келиши кузатилган сабабли қайталаниш даври ишончли тарзда узайиши организмга яхши таъсир этмай қолмайди.

К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Ажимамаев Х.Т., Миракаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О., Тошматов Х.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Атрезия пищевода (АП) представляет собой врожденный порок развития, встречающийся в практике педиатра и детского хирурга и требующий своевременной диагностики и неотложной хирургической коррекции. Частота его составляет 1 : 3000 новорожденных. Наиболее частым вариантом данного порока (88%) является атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. Несмотря на то, что в лечении больных с АП имеются значительные достижения, до сих пор остается много нерешенных проблем, в том числе и технических, а летальность в ведущих детских хирургических центрах Узбекистана от данного порока составляет 20-40 %.

Цель. Оценка эффективности методов диагностики и хирургического лечения атрезия пищевода у новорожденных.

Материал и методы. В клинике неонатальной хирургии АОДМПМЦ с 2018 г. по 2019 год находились на лечении 14 новорожденных с атрезией пищевода. Абсолютное большинство детей поступили в клинику в поздние сроки. Так, в первые сутки после рождения поступило 5 (35,7 %) детей, из них трое после первого кормления; на вторые - 7 (50 %); на третьи – 2 (14,3 %). Мальчики составили 71,4%. В большинстве случаев (85,7 %) встречалась атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом, причем в 2-х - в области бифуркации трахеи. У половины детей имелась недоношенность 1-2 ст., и практически все дети поступали с клиникой аспирационной пневмонии, тяжесть которой зависела от срока диагностики атрезии пищевода. Сочетанные пороки развития выявлены у 3 новорожденных и включали в себя аномалии желудочно-кишечного тракта, порок сердца и синдром Дауна. В предоперационном периоде параллельно со стабилизацией функции жизненно важных органов в условиях реанимационного отделения хирургического стационара, для подтверждения диагноза проводилось зондирование пищевода и желудка с последующим рентгенологическим исследованием с использованием водо- или жирорастворимых контрастных веществ в количестве 0,5 – 1 мл и аспирацией контраста после исследования. Эффективность проводимой интенсивной терапии оценивалась по стабилизации общего состояния ребенка и гемодинамики, восстановлению диуреза и уменьшению степени дыхательной недостаточности. Подготовка продолжалась в течение одних или двух суток в зависимости от состояния ребенка.

Результаты исследования и их обсуждение. Выбор метода хирургического лечения АП мы определяли в зависимости от вида аномалии. Оперативный доступ - экстраплеврально в 3-м межреберье справа, что предотвращает при частичной несостоятельности анастомоза вовлечение легких и плевральной полости в воспалительный процесс. После обнажения заднего средостения обнаруживалась и лигировалась v. azygos, поскольку она «перекидывается» через пищевод и трахею вблизи места деления трахеи на бронхи и затрудняет наложение анастомоза. Данная вена при этом служила и ориентиром для нахождения трахео-пищеводного свища. Далее мобилизовался гастральный сегмент пищевода до места впадения в трахею. Обнаружению орального сегмента способствовало введение зонда в пищевод. При мобилизации атрезированных отделов пищевода важнейшим условием успеха операции мы считаем сохранение внутрисегментарного кровоснабжения нижнего сегмента и снижение степени ишемии зоны анастомоза, что достигалось минимальной мобилизацией гастрального отдела пищевода. Помимо вышеизложенного, манипуляции в ране осуществлялись после нахождения, сохранения и бережного обращения с блуждающим нервом, что предупреждало нарушение иннервации и перистальтики пищевода в послеоперационном периоде. Наконец, следующей актуальной задачей являлось точное разграничение между диспластическими тканями трахео-пищеводного свища и непосредственно пищеводом. При выделении концов пищевода, в первую очередь, лигировался трахео-пищеводный свищ. Наложение первичного анастомоза удалось выполнить во всех случаях, так как протяженность диастаза между сегментами пищевода варьировала от 0,5 до 2 см. В течение последних пяти лет мы отказались от наложения двухрядного шва анастомоза. В настоящее время накладываем анастомоз по типу «конец в конец» однорядным швом с использованием атравматического шовного материала (викрил 6/0). Во время наложения анастомоза в желудок вводится назогастральный зонд для последующего более раннего энтерального питания. Операция заканчивалась постановкой страхового дренажа в заднее средостение и послойным ушиванием раны. В раннем послеоперационном периоде у 3-х (21,4%) больных на фоне прогрессирующей аспирационной пневмонии была диагностирована несостоятельность анастомоза с развитием гнойного медиастинита, что послужило причиной их летального исхода. В послеоперационном периоде дети при гладком течении к концу 5-7 суток начинали получать энтеральное питание через зонд. На 11-14 сутки заведенный в желудок во время операции зонд меняли на больший с последующим рентгенологическим исследованием для оценки состоятельности анастомоза. Начиная с 12-13 суток для предупреждения стенозирования зоны анастомоза проводили профилактическое бужирование пищевода, которое продолжали до выписки больного из стационара. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 5 лет у 11 больных (78,6%). У 3-х выявлено

стенозирование анастомоза, что послужило показанием к повторному бужированию с положительным клиническим эффектом. Данный факт указывает на необходимость активного диспансерного наблюдения данной группы больных.

Выводы. Таким образом, в настоящее время атрезия пищевода - это безусловно корригируемый порок развития с достаточно высокой частотой встречаемости в Андижанском регионе. Принятый в клинике комплекс диагностических и лечебных мероприятий показал свою эффективность и позволяет рассчитывать на успех хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К., Жураев Г.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений конечностей является актуальной. Достаточно сказать, что у раненных с нарушением целостности костей огнестрельный остеомиелит встречался 21,9 %– 60% наблюдений. Широкое применение огнестрельного оружия привело к увеличению количества тяжелых ранений. Однако остается актуальной проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений.

Цель исследования. Провести изучение эффективности лимфотропной терапии (ЛТ) с региональной лимфостимуляцией (РЛС) в комплексе интенсивной терапии огнестрельных переломов костей конечностей.

Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными переломами костей конечностей. Возраст пострадавших колебался от 15 до 52 лет. При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, иммунологические, цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности. Экстрамедуллярный остеосинтез осуществлен у 42,5% больных (I группа), внеочаговый – у 57,5% (II группа). У 34% больных огнестрельные переломы локализовались на верхней конечности, у 66% - на нижней конечности. Контрольную группу составили 42,5% больных и 57,5% - основную.

В контрольной группе в послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась традиционным способом, в основной группе – ЛА с РЛС.

В I группе предложенная методика позволила добиться заживления ран первичным натяжением у 93,8% больных. Длительность пребывания в стационаре составила 8,7 ± 0,3 дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили 31,5 ± 1,3 дня ($P < 0,01$).

У 6,2% больных воспалительный процесс ограничился в пределах мягких тканей и в виде огнестрельного остеомиелита (6,2%). В контрольной группе нагноение мягких тканей отмечено у 20%, развитие остеомиелита – у 13,3% раненных.

В комплексном лечении огнестрельных переломов у больных с обширными повреждениями мягких тканей (II группа) в основной группе мы применили внеочаговый остеосинтез и ЛА с РЛС.

Предложенная методика позволила нам 30,7% больным наложить первично-отсроченные швы на 5,1 ± 0,3-и сутки. Длительность пребывания в стационаре составила 11,3 ± 0,4 дня. Раны в целом зажили за 16,5 ± 0,6 дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили 24,9 ± 1,9 дня ($p < 0,05$). В основной группе осложнения отмечены у 7,7% больных в виде воспаления мягких тканей и остеомиелита у 3,8%. В контрольной группе нагноение мягких тканей наблюдалось у 18,5% и остеомиелит у 12,5% раненных.

Таким образом, использование ЛА и РЛС в комплексе интенсивной терапии огнестрельных переломов конечностей позволило у раненных применить первичный экстрамедуллярный остеосинтез и при обширных повреждениях мягких тканей внеочаговый остеосинтез с минимальными инфекционными осложнениями.

КОМПЛЕКСНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ СТОПЫ

*Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Хайдаров М.О., Жураев Г.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Лечение гнойно-некротических процессов невозможно без учета тяжести сахарного диабета, вида инфекции, фазы и локализации воспалительного процесса, особенностей общих и местных проявлений, обусловленных свойствами возбудителей и реактивности организма больного.

Нами проанализированы результаты лечения 64 больных с гнойно-некротическим поражением стопы, развившимися на фоне сахарного диабета. Все больные были с тяжелой степенью тяжести сахарного диабета. Качественный состав микрофлоры, выделенный из биоптатов ран, показал, что среди выделенных микробов наиболее часто встречался стафилококк - в 84,6 %. В 42,6% выделены неклостридиальные анаэробные микроорганизмы.

У 20 больных с гнойно-некротическим поражением стопы была изолированная гангрена одного или нескольких пальцев, протекавшая чаще по влажному типу с сохранением пульсации на артериях голени. Нередко выявление пульсации было возможным лишь после устранения отека местных тканей. Прогрессирующая диабетическая влажная гангрена (у 22 больных) развивалась при тромбозе магистральных артерий, для неё была характерна высокая интоксикация. При этом наблюдался феномен «взаимного отягощения» - ухудшение течения диабета у 6 больных привело к коматозному состоянию. Гангрена часто сопровождалась повреждением костей, мелких суставов, сухожилий, фасций с нередко сохраненной трофикой кожи и не сопровождалась выраженным болевым синдромом. При гангрене пальцев без перехода некроза на стопу (у 13 больных) произвели экзартикуляцию их с последующим закрытием раны подошвенным лоскутом по Гаранжо и только в 7 наблюдениях при развитии остеомиелита делали более расширенные операции на стопе в виде трансметатарзальных ампутаций. У 8 больных с глубоким поражением тканей стопы и пяточной кости произведена ампутация на уровне голени. Высокие ампутации на бедре выполнены у 22 больных. У 8 больных, которым были

выполнены малые ампутации, в связи с развитием и прогрессированием после операции гнойно-некротического процесса, была выполнена реампутация на уровне бедра.

Из 58 больных, перенесших ампутации конечностей на различных уровнях, раны зажили первичным натяжением только у 28,1 % больных. При этом следует отметить, что чем дистальнее уровень ампутации, тем меньше число больных, у которых заживление наступало первичным натяжением. Основная причина столь плохого заживления, вероятнее всего, связана с выраженной микроангиопатией. Опорная функция сохранена у 40, 6 % больных. Летальность составила 19,3 %.

Полученные результаты свидетельствуют, что сочетание сахарного диабета и хирургической инфекции образует порочный круг, при котором инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и усиливая ацидоз, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшают течение репаративных процессов в очаге поражения. Установлено торможение процесса регенерации в 1,5 – 2 раза, увеличение сроков реорганизации рубца и эпителизации, при этом гнойный процесс склонен к прогрессированию с образованием гнойных затёков и дополнительных карманов.

ВОЗМОЖНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алибеев М.Р., Хожиметов Д.Ш., Эгамов С.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, и на их долю приходится большая часть обращений к эндокринологу. Некоторые авторы предлагают выполнять органосохраняющие вмешательства для профилактики послеоперационного гипотиреоза (ПОГ), другие исследователи являются сторонниками радикальных операций [2,7], отмечая, что, несмотря на локальность проявлений, коллоидный пролиферирующий зоб у пациента является заболеванием всего органа. Неоднозначность мнений, затрагивающих перечисленные выше вопросы, и послужила основанием для проведения настоящей работы.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы, основанного на аутоотransплантации щитовидной железы во время операции.

Материалы и методы. Основой работы послужило проспективное контролируемое исследование, в которое были включены 86 пациентов, находившихся на лечении в на базе кафедры хирургии АндГосМИ за период с 2014 по 2019 г. Мужчин было 18 (7,3%), женщин - 68 (92,7%). Возраст больных - 16-79 лет, в среднем - $48,3 \pm 12,9$ лет. Пациенты в зависимости от характера патологического процесса в ЩЖ были распределены на следующие исследуемые группы: Определение уровня гормонов ЩЖ, УЗИ, рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода водным раствором сульфата бария проводилась при подозрении на шейно-загрудинную локализацию зоба. По показаниям осуществляли компьютерную томографию средостения и скintiграфию ЩЖ с пертехнетатом Tc^{99m} . В некоторых случаях для дифференциальной диагностики от злокачественных образований проводили тонкоигльную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) ЩЖ выполнялась под ультразвуковым контролем. Для оценки структуры и динамики изменений объёма сохранённой ткани ЩЖ проводили ультразвукографию передней поверхности шеи через 6 месяцев и через год после операции. На основании исследования тиреоидного статуса определяли эффективность заместительной терапии. Для осуществления динамического контроля субъективного восприятия пациентами качества их жизни использовали специальную анкету, которая была составлена с учётом различного уровня комплаентности пациентов.

Технические аспекты выполнения аутоотransплантации ЩЖ. Способ аутоотransплантации ткани ЩЖ у пациентов с доброкачественных заболеваний щитовидной железы после выполнения тиреоидэктомии или субтотальной резекции ЩЖ с сохранением менее 2 см³ тиреоидной ткани применяли способ аутоотransплантации ткани ЩЖ в претиреоидные мышцы. Предложенный способ осуществлялся следующим образом: После ревизии ПЩ и определения распространённости патологического процесса выполнялась субтотальная резекция ЩЖ. Из удалённой части ЩЖ формировались два фрагмента ткани, объёмом не менее 2 см³ каждый. Выполнялось срочное цитологическое исследование тканевого материала для оценки пролиферативной способности ткани, планируемой для трансплантации. После получения результатов цитоморфометрии, трансплантируемые фрагменты измельчались путём нанесения продольных и поперечных разрезов, помещались в пространство между грудинощитовидными и грудшо-подъязычными мышцами и фиксировались узловыми швами.

Результаты и их обсуждение. При выборе объёма операции у пациентов с диффузным токсическим зобом мы использовали следующие прогностические критерии исходов хирургического лечения.

Вероятные критерии: возраст пациентов, продолжительность заболевания, длительность терапии тиреостатиками, эффективность терапии тиреостатиками, уровень антител к тиреопероксидазе.

Достоверные критерии: объём сохраняемой тиреоидной ткани, морфологическая характеристика тиреоидной ткани. На основании полученных данных принято решение о целесообразности сохранения в ходе операции с аутоотransплантацией тиреоидной ткани. Поэтому 59 пациентам была выполнена субтотальная субфасциальная струмэктомия с АТЩЖ, 8 больным интра- фасциальная ТЭ, а 16 больным - с сохранением незначительного количества тиреоидной ткани в области трахеопищеводной борозды с обеих сторон от трахей. У двух больных после ТЭ и у одной пациентки после субтотальной резекции ЩЖ послеоперационный период осложнился парезом гортани, у 3 отмечен транзиторный гипопаратиреоз. Гипотиреоз, развившийся у всех больных этой группы, компенсирован назначением заместительной терапии левотироксином натрия в дозе $1,5 \pm 0,3$ мкг/кг в сутки. Рецидива заболевания не отмечено.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору объёма операции, основанный на тщательной дооперационной диагностике, совокупном анализе прогностических критериев, интраоперационной цитоморфометрии тиреоидной ткани, а также применение новых методов хирургических вмешательств позволили улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ.

УСОВЕРШЕСТВОВАНИЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗОБОМ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Алибеев М.Р., Нишонов Д.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди широко распространенной тиреоидной патологии заболевания загрудинно расположенной щитовидной железы встречаются в 5 - 6% случаев. Единственным методом лечения больных данной категории является хирургический способ.

При оперативном лечении пациентов с патологией щитовидной железы, расположенной загрудинно, количество интра и послеоперационных осложнений может достигать до 10%. При этом основными причинами осложнений могут быть как традиционные трудности, характерные для всех операций на щитовидной железе, так и особенности, связанные с локализацией загрудинного компонента. Следует отметить, что к хирургическим осложнениям при данных операциях из шейного доступа часто приводят попытки слепого «вылушивания» нижнего тиреоидного полюса. Кроме того, нередко требуется переход на более травматичные вмешательства, а именно стернотомию или торакотомию. Неоднозначность методики хирургического вмешательства у пациентов с различными заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы делает необходимым поиск новых путей профилактики специфических интра и послеоперационных осложнений.

Цель: Улучшение результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты хирургического лечения 41 больного загрудинно расположенной щитовидной железой. Среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 17 (42,5%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (4%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (10%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (20%) – с аденомой щитовидной железы и 2 (5%) пациента с тиреоидной карциномой.

При обследовании больных мы придавали особое значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, компьютерная и магнитнорезонансная томография органов шеи и средостения. Полученная информация о топографо - анатомических особенностях границ нижних полюсов железы имела большое значение при планировании тактики хирургического вмешательства.

При хирургическом лечении больных использовали усовершенствованную методику оперативного вмешательства из шейного доступа с соблюдением определенной этапности при мобилизации щитовидной железы. Доступ к щитовидной железе осуществлялся воротниковым разрезом. Углы операционной раны располагались на уровне медиальных краев грудино ключично сосцевидных мышц. При необходимости, для более хорошего обзора и удобного манипулирования в условиях небольшого разреза отодвигали предгортанные мышцы при помощи крючок Фарабева. Производили оценку размеров, консистенции, структурных и топографо - анатомических особенностей щитовидной железы. Суть методики заключается в обеспечении максимальной мобильности удаляемой тиреоидной доли с загрудинным компонентом при мобилизации ее сверху вниз.

Возможность атравматичного перемещения нижнего полюса в ложе щитовидной железы обуславливается тем, что этиологически загрудинная локализация тиреоидной ткани является приобретенной патологией. Важным условием при этом является, в первую очередь, полная мобилизация верхнего полюса и средней части щитовидной железы. При данном способе для облегчения мобилизации загрудинно расположенной части щитовидной железы мы начинали вмешательство с пересечения перешейки в продольном направлении после отделения его от трахеи тупым способом. Следующим этапом мобилизовывали верхний полюс железы с выделением и пересечением после перевязки верхних тиреоидных артерий, вен и лимфатических сосудов. Данная последовательность технических приемов позволяла достигать максимальной мобильности удаляемой доли щитовидной железы для выведения ее загрудинной части с наименьшей травматичностью и предотвращением интраоперационных осложнений. Вмешательство на щитовидной железе завершали тщательной ревизией ее ложа и окружающих структур – целостности магистральных сосудов шеи, возвратных гортанных нервов, парашитовидных желез, трахеи, перстне - щитовидной мышцы. Особое внимание уделяли загрудинной части дна раны. Для предупреждения деформации шеи в зоне операции и развития сращений трахеи с платизмой и подкожной клетчаткой производили тщательное восстановление мышечно - фасциального каркаса. При закрытии раны оставляли резиновую полоску для аспирации. На 2 - 3 сутки после операции больным определяли уровень в крови Са, Р, тиреоидных гормонов и производили ларингоскопическое исследование гортани.

Результаты: Анализ результатов лечения указанной группы больных показал, что при использовании предложенного вмешательства необходимости в расширении операционного доступа не возникло. К тому же, клинических ларингоскопических признаков нарушений деятельности гортани и ротоглотки, стойкого гипопаратиреоза, кровотечений и воспалительных процессов в ране зафиксировано не было. В послеоперационном периоде нами выявлен 1 (2,5%) случай транзиторного гипопаратиреоза, который легко был купирован консервативными мероприятиями.

Выводы: Таким образом, для улучшения результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы из шейного доступа, необходимо соблюдение определенной и четкой этапности при мобилизации тиреоидной доли с раздельной перевязкой ветвей нижних и верхних щитовидных сосудов, визуализацией и выделением парашитовидных желез, возвратного и, при необходимости, верхнего гортанного нерва. Именно вышеуказанные обстоятельства позволили достигнуть уменьшения количества интра и послеоперационных осложнений при необходимом объеме вмешательства, и тем самым дали возможность улучшить результаты хирургического лечения наблюдаемых больных.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Матанов Р.М., Мучиашивили О.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова

Цель исследования: изучить результаты миниинвазивного забора аутовенозного кондуита у больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования: за период с 2012 г. по настоящее время в отделении хирургии сочетанной патологии сердца ГУ РСНПМЦХ им. В. Вахидова оперировано 96 больных ИБС с сопутствующим СД 2 типа. У 17 пациентов производился забор большой подкожной вены с нижних конечностей методом «кожных мостиков», в остальных 79 случаях – «открытым способом». Пациенты обеих групп были сопоставимы по наличию сопутствующей патологии (ожирение, сахарный диабет 2 типа) и иным факторам (возраст, пол) влияющим на заживление послеоперационной раны.

Результаты: в ближайшем послеоперационном периоде в группе больных, которым производился забор БПВ методом «кожных мостиков» осложнение со стороны нижних конечностей отмечено лишь у одного (5,9 %) пациента - в виде гематомы в области голени, которая не оказала отрицательного влияния на реабилитацию пациента. В группе больных, которым производился забор БПВ «открытым способом», осложнения в виде лимфореи, расхождения краев кожной раны и гематомы отмечены у 15 (18,9%) пациентов. Отдаленные результаты изучены в сроке от шести месяцев до пяти лет. Через 12 месяцев - в группе больных, которым проводился забор БПВ «открытым способом» в 2 (3,1%) случаев отмечены нейропатии на оперированной конечности. В группе больных, которым производился забор БПВ методом «кожных мостиков» осложнений в отдаленном периоде со стороны нижних конечностей не отмечено. Причем 3 (17,6%) больных из этой группы проводилась МСКТ ангиография (в сроки более 18 месяцев после операции). Ни в одном случае не выявлено дисфункции аортокоронарных шунтов.

Вывод: забор БПВ методом «кожных мостиков» снижает послеоперационные осложнения, улучшает косметический эффект и ускоряет реабилитацию больных.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КОРНЯ АОРТЫ

Алиев Ш. М., Каюмов А. Р., Пулатов Л. А., Мучиашивили О. Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова

Цель: сравнить результаты клапансохраняющих операций на корне аорты с процедурой Bentall De Bono.

Материал и методы: в отделении сочетанной патологии сердца ГУ «РСНПМЦХ» им. В. Вахидова с 2017 года по настоящее время выполнено 26 оперативных вмешательств с патологией корня аорты и аортальной недостаточностью. Больные были разделены на 2 группы: 14 пациентам выполнена замена корня аорты клапансодержащим кондуитом операция Бенталл Де Боно (I группа), и 12 больным выполнено клапансохраняющие операции (II группа). Спектр клапансохраняющих вмешательств: 5 (41,7%) пациентам выполнена операция по методике Florida Sleeve и 6 (50%) - процедура David 1 и 1 (8,3%) больному - операция Wolf. В одном случае Florida Sleeve сочеталась с операцией Ozaki. Большинство пациентов составили мужчины 69%. Средний возраст больных составил $42,2 \pm 17$ года. Общее количество пациентов с синдромом Марфана составило 11 (42%) больных из них в 1-й группе – 5 (36%) и 6 (50%) во 2-й группе. Во 2-й группе 3 (25%) больных имели расслоение аорты А типа по Стэнфорду. 7 (28%) пациентам одномоментно корригирована сопутствующая патология (пластика митрального клапана, шунтирование коронарных артерий, протезирование дуги аорты.) По данным ЭхоКГ у всех больных аортальная недостаточность была III и более степени; конечно-диастолический объем левого желудочка в I группе составил $265,1 \pm 92$ мл и 281 ± 84 мл во II группе, размер фиброзного кольца аортального клапана в I группе $32,4 \pm 1,7$ мм и $29,5 \pm 5$ мм во II группе.

Результаты: в первой группе больных в послеоперационном периоде умер 1 (7,1%) больной, причиной смерти явилась острая сердечная недостаточность миокардиального генеза. Одному пациенту в I группе потребовалось установка постоянного кардиостимулятора. По данным ЭхоКГ градиент давления на аортальном протезе составил $15 \pm 1,7$ мм рт.ст., так же отмечено снижение конечно-диастолического объема на 20%. Во II группе больных летальности не было. По данным ЭхоКГ аортальная недостаточность I степени отмечена в одном случае, у остальных больных она отсутствовала, так же отмечено снижение конечно-диастолического объема на 18%. Отдаленный период наблюдения составил $12,2 \pm 5,4$ (6-27) мес. Выживаемость в отдаленном периоде составила: в I группе - 82,4% и во 2 группе - 92%. Свобода от реопераций во второй группе составила 100%. В первой группе больных в за период наблюдения умерло 2 больных, причиной смерти в одном случае явился инфаркт миокарда и во втором случае - тромбоз протеза. Во второй группе больных - в одном случае через 12 месяцев после операции развилось острое нарушение мозгового кровообращения. По данным ЭхоКГ во второй группе регургитация на аортальном клапане не превышала I степени.

Выводы: клапансохраняющие операции на аортальном клапане сопровождаются низкой послеоперационной летальностью и отсутствием клапанасоцированных осложнений в отдаленном периоде (тромбоз протеза, тромбоземболии).

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Юсупов М.М., Каюмов А.Р., Матанов Р.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова*

Цель: изучить результаты хирургического лечения фибрилляций предсердий (ФП) у пациентов с пороками митрального клапана ревматического генеза.

Материал и методы. В исследование включены 70 пациентов с приобретенными пороками сердца, оперированных с января 2016 г. по январь 2020 г. в ГУ «РСНПМЦХ» им. акад. В. Вахидова. Возраст пациентов колебался от 28 до 72 лет и в среднем составил $54 \pm 8,5$ года. Большинство пациентов составили женщины – 42 (60%). Этиологической причиной порока у всех больных был ревматизм. Длительность ФП составила от 6 месяцев до 2 лет, средний срок – $1,2 \pm 0,5$ года. В зависимости от тактики хирургического лечения пациенты разделены на 3 группы: I группа – 50 (71,6%) больных, которым выполнено изолированное протезирование митрального клапана (ПМК); II группа – 10 (14,2%) пациентов, которым выполнено ПМК с атриопластикой левого предсердия (ЛП); III группа – 10 (14,2%) больных, которым выполнена ПМК с радиочастотной абляции левого предсердия по методике «Box lesion». Достоверных различий в группах по возрасту, функциональному классу и стадии недостаточности кровообращения не было. Однако во II группе отмечена значительная дилатация левого предсердия, которая составила в среднем $9,2 \pm 1,5$ см. Во всех случаях доступ к митральному клапану выполнен через правое предсердие и межпредсердную перегородку. Во всех случаях выполнялось ушивание ушка левого предсердия.

Результаты. В I группе больных летальность составила 2% (1 больной) – причиной смерти явилась сердечная недостаточность. В остальных группах летальности не было. Непосредственно после операции у пациентов I группы восстановление синусового ритма отмечено в 22% случаях, во II группе – в 80% случаях и в III группе – 100%. По данным ЭХОКГ в раннем послеоперационном периоде только в III группе отмечено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка. Отдаленные результаты изучены от 6 месяцев до 4 лет. Средний срок наблюдения составил $18 \pm 1,5$ мес. В I группе умерли 3 (6,1%) больных – причина летальности была геморрагический инсульт, кровотечения из желудочного кишечного тракта и прогрессирующая сердечная недостаточность. Во II группе умер 1 больной (10%). Причина смерти – инсульт геморрагического типа. В III группе летальности не отмечено. У пациентов I группы восстановление синусового ритма отмечено лишь у 35% больных, во II группе – синусовый ритм сохранился у 70% пациентов, в III группе лишь в одном случае отмечен возврат фибрилляции предсердий через 3 месяца после операции. По данным ЭхоКГ в III группе прирост фракции выброса левого желудочка в отдаленном периоде составил 15%.

Выводы: радиочастотная абляция по методике «Box lesion» является эффективным и безопасным хирургическим пособием при персистирующей и постоянной форме фибрилляции предсердий у пациентов с клапанной патологией с общей эффективностью более чем 90% в сроки наблюдения до 1,5 лет. При значительной дилатации левого предсердия (более 7 см) возможно выполнение атриопластики левого предсердия.

ОПЕРАЦИЯ ОЗАКИ – КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА С ГИПОПЛАЗИЕЙ КОРНЯ АОРТЫ

*Алиев Ш.М., Мучиашвили О.Р., Пулатов Л.А., Каюмов А.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова*

Цель исследования: сравнить непосредственные результаты различных методик коррекции аортального порока у пациентов с узким фиброзным кольцом.

Материал и методы: В отделении хирургии сочетанной патологии сердца ГУ «РСНПМЦХ» им. В. Вахидова с 2012 года по настоящее время выполнено 28 оперативных вмешательств на аортальном клапане у пациентов с гипоплазией корня аорты. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группе 15 пациентам выполнена операция с заменой аортального клапана аутоперикардом (процедура Ozaki), во II группе 13 пациентам выполнена операция протезирование аортального клапана механическим протезом с расширением корня аорты. Из них в 10 (77%) случаях расширение корня аорты выполнено по методике Nunez и в трех (23%) случаях по методике Manouguian. Большинство пациентов в I группе 12 (80%) составили мужчины. Средний возраст больных составил $24,8 \pm 9,9$ года. По данным ЭхоКГ: конечно-диастолический объем левого желудочка составил $112,2 \pm 27$ мл, фракция выброса $60,1 \pm 2,4\%$, градиент систолического давления (ГСД) на аортальном клапане составил $95,3 \pm 26,3$ мм.рт.ст., размер фиброзного кольца аортального клапана $20,8 \pm 5$ мм, у 10 (67%) пациентов отмечался двустворчатый аортальный клапан, в 1 одном случае (7%) случае одностворчатый аортальный клапан. У 12 (80%) пациентов отмечался стеноз и недостаточность аортального клапана. У 3 (20%) больных отмечалось недостаточность аортального клапана. Во второй группе большинство пациентов 9 (64,28%) составили мужчины, средний возраст $37,2 \pm 12,9$. По данным ЭхоКГ: конечно-диастолический объем левого желудочка составил 115 ± 23 мл, фракция выброса $61,4 \pm 2,8\%$, градиент систолического давления (ГСД) на аортальном клапане составил $87,7 \pm 9,03$ мм.рт.ст., размер фиброзного кольца аортального клапана – $20,1 \pm 4$ мм. Результаты. Послеоперационная летальность в I группе составила 6,7% (1 пациент), причиной смерти явились инфекционные осложнения (сепсис). Во второй группе летальность составила 7,7% (1 пациент), причиной смерти явилось послеоперационное кровотечение. В обеих группах все вмешательства проводились в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической защиты миокарда. На 5 - 7 сутки после операции всем больным выполнялось ЭХО КГ. В I группе по данным ЭхоКГ: КДО $120,4 \pm 26,8$ мл, ФВ $58,6 \pm 5,53\%$, ГСД на АК $9,8 \pm 5,3$ мм.рт.ст. Регургитация на АК у 12 больных не определялась, в 3 случаях регургитация 1-2 степени. Во второй группе по данным ЭхоКГ: КДО $122,9 \pm 10,4$ ФВ $58,8 \pm 3,4$ ГСД на АК $23 \pm 3,4$ мм.рт.ст.

Выводы: Методика пластики аортального клапана аутоперикардом (операция Озаки) показала хорошие результаты у больных с узким фиброзным кольцом (≤ 20 мм). Замена створок аортального клапана аутоперикардом дает хорошие трансклапанные градиенты давления.

УМУМИЙ СОН ВА ЁНБОШ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ ҚЎШМА ОККЛЮЗИОН ЗАРАРЛАНИШИДА ТУРЛИ ОПЕРАЦИОН УСУЛЛАРИ ТАҚҚОСЛАШ

*Алимов Ж.И., Юлдошев Ф.Ш., Алланазаров Х., Бабажанов А.С.
Самарқанд Давлат тиббиёт институти*

Мақсад: Периферик артериал касаллиги бўлган беморларда ёнбош артериялари ва умумий сон артерияларининг биргаликдаги қўшма окклюзион зарарланишларида очик ва гибрид аортафеморал тикланиш операцияларининг алохида натижаларини бевосита таққослаш эди.

Текшириш усуллари: Биз кенг қамровли истиқболли тадқиқотимизга умумий сон артериялари ва ёнбош артерияларида окклюзион касаллиги бўлган 38 та беморларни киритдик. Тадқиқот 2012-йилдан 2019-йилгача ўтказилган бўлиб, биринчи гуруҳда умумий ва чуқур сон артерияларининг эн timerектомияси ва ангиопластикаси билан биргаликда ёнбош артериялари реконструкцияси ва стентлаш амалиёти ўтказилган 16 та бемор бор эди. Иккинчи гуруҳни аортафеморал шунтлаш амалиёти бажарилган 22 та бемор ташкил қилди. Барча беморларда А.В.Покровский классификацияси бўйича сурункали ишемиянинг II B, III, IV даражалари мавжуд эди.

Натижалар: Биз гуруҳлар ўртасида демографик тафсилотларда жиддий тафовутларни топмадик. Шу билан бирга гуруҳлар ўртасида клиник малумотларда (юрак-томир касаллиги, сурункали ишемия босқичи) жиддий фарқлар мавжуд эди. Биринчи гуруҳдаги 2 та беморда ва иккинчи гуруҳдаги 3 нафар беморда эрта (30 кун) тромбоз аниқланди. Иккала гуруҳда ҳам Фогарт катетери орқали тромбэктомия муваффақиятли бажарилди. Тадқиқотимизнинг эрта 12 ва 24 ойлик даврларида оёқларни кутқариш даражаси I-гуруҳда 88.2% ни, иккинчи гуруҳда 90.9% ни ташкил этди.

Хулоса: Гибрид жарроҳлик, шу жумладан ёнбош артериясини қайта тиклаш ва стентлаш, умумий ва чуқур сон артерияларининг эн timerектомияси ва ангиопластикаси билан биргаликда зарарланишида кам инвазив даволаш усулидир. Ушбу тадқиқот беморларнинг маълум гуруҳида гибрид амалиётларининг хавфсизлиги ва узоқ муддатли самарадорлигини қўллаб қувватлайди ва шу билан бирга, ушбу ёндашувни баҳолаш учун кенг миқёсдаги клиник тадқиқотлар ўтказиш лозимлигини тасдиқлайди.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Аманов И.М., Ахмедов М.М., Мамадалиев М.М., Ташматова Ю.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Паллиативная помощь — это специализированная медицинская помощь, направленная на облегчение боли и других симптомов серьезного заболевания. Специалисты по паллиативной помощи работают с пациентом, его семьей и сотрудничают с другими врачами, чтобы обеспечить уровень поддержки, дополняющий текущий уход.

Паллиативная помощь в АООД предоставляется командой врачей, медсестер и других специально обученных специалистов. Команды паллиативной помощи стремятся улучшить качество жизни людей с онкологическими заболеваниями. Эта форма ухода предлагается наряду с лечебными или другими видами лечения.

Онкологический диагноз может быть подавляющим и пугающим. Каждый находит свой собственный способ справиться с этим ударом. Попробуйте следовать нашим рекомендациям, чтобы облегчить свое психоэмоциональное состояние и найти новые силы для борьбы с болезнью.

Узнайте достаточно информации о раке щитовидной железы, чтобы принимать решения о своем лечении. Попросите вашего врача подробно описать ваше заболевание — тип, стадию и варианты лечения. Используйте эти данные для получения более подробной информации.

Цель исследования. Изучить и оценить методы эффективности паллиативной операций при местно-распространенном раке щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Нами прослежены результаты 137 паллиативных хирургических вмешательств, выполненных больным с местно-распространенными дифференцированными формами РЩЖ, оперированным на клинических базах кафедры АГМИ и отделений АООД.

Результаты исследования. Среди больных было 109 (79,6 %) женщин и 28 (20,4 %) мужчин. Соотношение мужчин и женщин равнялось 1:3,9. Возраст больных колебался от 47 до 80 лет и в среднем составил $68,2 \pm 2,1$ г, то есть большинство (77,4 %) больных было представлено лицами пожилого возраста, относившимися в группу высокого риска, которые, кроме того, тяжело переносят любые хирургические вмешательства. Чаще всего (20,8 %) паллиативными хирургические вмешательства были при медуллярном РЩЖ.

При этом в подгруппе больных медуллярной карциномой были наиболее «молодые» пациенты — их средний возраст составлял $44,8 \pm 5,1$ г. В подгруппах больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ средний возраст пациентов был значительно больше и мало различался (соответственно $68,5 \pm 2,8$ г. и $70,1 \pm 3,6$ г.).

В 78 (13,4 %) наблюдениях операции были признаны паллиативными в связи с тем, что приходилось оставлять участки опухолевой ткани на органах шеи и средостения. В 27 (4,6 %) наблюдениях операции были признаны паллиативными вследствие гематогенной диссеминации опухолей. У 32 (5,5 %) пациентов хирургические вмешательства были изначально запланированы как паллиативные вследствие наличия тяжелой сопутствующей патологии и/или

пожилого возраста пациентов в сочетании с жизнеугрожающими состояниями — выраженной компрессией органов шеи, кровоотечением из распадающейся опухоли

Наиболее частыми видами паллиативных хирургических вмешательств у больных с «запущенным» РЦЖ были резекции опухолей (65/47,0 %) при прорастании карциномы в соседние ткани. Вдвое реже выполнялись резекции опухолей с оставлением части метастазов на органах шеи (30/21,7 %). При наличии отдаленных метастазов опухоли удалялись полностью (27/19,6 %), после чего больные подвергались лучевой терапии.

В 9 из 78 наблюдений (11,5 %) паллиативные операции были завершены постоянной трахеостомией. В дальнейшем пациентам проводилась химиотерапия и дистанционная лучевая терапия. В двух наблюдениях трахеостомия была временной, деканюляция проведена через 3 и 7 месяцев. У 7 пациентов после резекций гортани и трахеи трахеостомия была полной. После циркулярных резекций пациентам выполнялась постоянная гастростомия. В наших наблюдениях ни разу не возникала необходимость во временной гастростомии. Учитывая неблагоприятное течение послеоперационного периода при наличии трахеостомы, в клинике использовалась модифицированная методика трахеостомии. В течение последнего десятилетия, чтобы уменьшить число гнойных осложнений, а также учитывая вероятность предстоящей лучевой терапии, использовались пластмассовые трахеостомические трубки с манжетой, максимально возможного в каждом случае диаметра. Поперечная цервикотомия производилась на 4-5 см выше яремной вырезки грудины. Окно в трахее герметизировалось двумя лигатурами, фиксирующими кожу и мышцы к боковым поверхностям трахеи. Трахеостомическая трубка выводилась через прокол в нижнем лоскуте раны. В дальнейшем выполнялась интубация через трахеостому для завершения операции. После окончания вмешательства операционная рана располагалась над трахеостомической трубкой, что исключало контакт выделений из трахеостомы с раной, обеспечивая оптимальные условия для ее заживления

Таким образом, паллиативные операции пришлось выполнить примерно каждому четвертому больному с местно-распространенной карциномой ЦЖ. Большую часть пациентов, которым были выполнены паллиативные вмешательства, составили лица пожилого возраста, зачастуюотягощенные сопутствующей патологией. Необходимость в таких операциях возникает при перспективе дальнейшего лечения больного нехирургическими методами, а также при серьезных осложнениях опухолевого процесса, угрожающих жизни.

Более чем у каждого десятого пациента паллиативную операцию приходилось заканчивать временной или постоянной трахеостомией. С целью снижения частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений применялась оригинальная модификация трахеостомии.

Вывод. Выживаемость больных ухудшалась в ряду: расширенные, комбинированные, паллиативные операции. Тем не менее, даже после паллиативных операций более чем треть больных прожили 5 лет и более, что убеждает в обоснованности паллиативных вмешательств в данной группе больных и говорит об относительно благоприятном течении дифференцированных форм РЦЖ.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ У ОЖГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ

*Асханов З.П., Мадазимов М.М., Абдукадиров Д.А., Мадазимов К.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. По статистике Всемирной организации здравоохранения, каждый год от ожогов по всему миру страдают 1000000 человек, у нас в Республике на их долю приходится 12 – 15%. Увеличение частоты и тяжести ожоговой травмы, уменьшение летальности среди тяжелообожженных обусловило резкое возрастание количества пострадавших с выраженными последствиями ожогов. Послеожоговые рубцовые деформации кисти с контрактурами суставов пальцев являются серьезной проблемой, как для пациентов, так и для хирургического лечения данной патологии.

По данным разных авторов ожоги кисти встречаются примерно у 44% пострадавших, в том числе до половины из них — глубокие ожоги. Соответственно, послеожоговая рубцовая деформация кистей с контрактурами суставов составляет от 25 до 40% от всех послеожоговых деформаций. И именно она является одной из главных причин инвалидизации пострадавших: до половины (48,5%) всех случаев потери трудоспособности приходится на глубокие ожоги кисти. Учитывая большой процент инвалидизации, подход к профилактике больных с данной патологией еще далек от требуемого и нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Цель исследования. Изучение эффективности профилактики послеожоговых рубцовых деформаций кисти у больных, проходивших лечение сероводородными ваннами.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах консервативного лечения 74-х больных в возрасте от 14 до 42 лет, из них 47 (63,5%) пациентов мужского и 27 (36,5%) - женского пола. Больные трудоспособного возраста составляли 92,6%.

Более 25 лет назад клиническими наблюдениями была доказана эффективность сероводородных источников в Ферганской области в профилактике гипертрофических и келоидных рубцов. Обладая высоким осмотическим давлением, при соприкосновении с пораженным участком кожи вода под давлением способствует оттоку застойной тканевой жидкости, токсических продуктов распада и некротизированных клеточных элементов.

Классическое лечение сероводородной водой состоит в приеме 10-12 общих ванн через день, экспозицию постепенно увеличивают с 10 до 15 мин, концентрация сероводорода составляет 100-150 мг/л. При рубцовых деформациях кисти перед общими ваннами могут быть приняты камерные на более длительное время. Всем больным обследуемой группы рекомендовано орошение кисти после ожогового рубца сероводородом в условиях санатория «Чимион».

Результаты. Отдаленные результаты изучены у 69 (93,2%) из 74 больных. У 66 (95,5%) больных получены хорошие функциональные и эстетические результаты. У 2 (3%) больных достигнуты удовлетворительные результаты. У 1 (1,5%) больного неудовлетворительные результаты обусловлены внутрисуставными изменениями.

Сероводородные ванны положительно влияют при лечении келоидов, гипертрофических рубцов кисти. Толщина рубцов уменьшается в 1,5-2 раза, они становятся мягче, бледнее, подвижнее. Заживают мелкие раны, а имевшиеся трофические язвы уменьшаются, стихают воспалительные явления, исчезают дерматозы. Прекращается рост рубцов, они

становятся мягче, подвижнее, эластичнее. После проведенных курсов лечения наблюдалось частичное рассасывание рубцов, понижение высоты рубцов над поверхностью кожи, снижение болезненности и зуда в области рубца.

Выводы. Орошение послеожогового рубца сероводородными ваннами в условиях санатория «Чимион» позволяет предупредить образование грубых, патологических, послеожоговых рубцов у больных с послеожоговыми деформациями кисти.

Установлено, что чем раньше начато лечение с использованием сероводорода, тем лучше достигаются результаты.

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Атажонов С.З., Шарипов Р.О.
Ташкентская Медицинская Академия*

Цель. Определение эффективности продленной эпидуральной анальгезии на результаты лечения в послеоперационном периоде у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных в возрасте от 30 до 55 лет больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей послеоперационном периоде. В первую группу вошли пациенты, оперированные в условиях эпидуральной анестезии в условиях спонтанного дыхания (24 больных), во вторую группу - пациенты, оперированные в условиях комбинированной общей анестезии с применением ИВЛ (21 больных). Среди всех обследованных больных преобладали пациенты с III стадией ишемии нижних конечностей. Клинико-лабораторные исследования выполняли согласно общепринятым стандартам. Эпидуральную анестезию проводили по общепринятой методике на уровне L₄₋₅. В первой группой послеоперационном периоде расчетную дозу препарата лидокаин 2 мг на кг вводили в эпидуральное пространство фракционно в течение 15 мин. Во второй группе в послеоперационном периоде с целью обезболивания сделано наркотические анальгетики.

В результате исследования выявлено, что продленная эпидуральная анальгезия у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей повышала качество обезболивания, низкий расход наркотических анальгетиков, снижение количество ранних послеоперационных осложнений, нежелательных побочных реакций и сокращения сроки пребывания больных в стационаре 1.4 раза, улучшения перфузии ишемизированных тканей, микроциркуляцию и окислительно-восстановительные процессы пораженной конечности.

Выводы. Продленная эпидуральная анальгезия у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей обеспечивает адекватную защиту от повреждающих факторов болевого синдрома по сравнению с традиционными методами обезболивания.

САРКОМЫ КОСТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

*Ахмадалиев К.С., Тошпулатов А.М., Исаев З.Н., Косимова М.О.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Паллиативная медицина - это специальный раздел медицины, задачами которого является облегчение страданий, улучшение общего качества жизни больного, когда радикальные методы лечения исчерпаны и эффекта не возымели. В паллиативной медицине также используются все лучшие методы и достижения мировой медицины.

Паллиативная медицина включает в себя паллиативные операции, все качественные виды обезболивания, все методы, направленные на купирование мучительных симптомов онкозаболевания. Специалисты передовых клиник относятся к больным, которым предписано паллиативное лечение, ничуть не менее бережно, чем к тем, которых лечат радикальными методами, направляя усилия на искоренение болезни.

Паллиативная помощь и паллиативная медицина - немного разные вещи, но паллиативная помощь включает в себя медицину. Заглавными принципами паллиативной помощи является повышение качества жизни пациента, сколько бы ему не оставалось жить, согласно данным личных исследований и анализов. Во время паллиативного лечения уже не стоит задача вызвать ремиссию. Здесь акценты смещаются: не продлить жизнь, но повысить её качество.

Остеогенная саркома – агрессивная злокачественная опухоль, клетки которой происходят из костной ткани. Это наиболее часто встречающаяся первичная злокачественная опухоль костей (первичные опухоли – то есть опухоли, возникающие в самих костях, – следует отличать от костных метастазов других опухолей).

Цель исследования. Изучить методы диагностики, лечения и паллиативной помощи при остеогенной саркоме.

Методы исследования. Ведущим методом диагностики рака костей является рентгенологическое исследование.

Наиболее значимыми рентгенологическими признаками злокачественной опухоли являются:

наличие очага разрушения (деструкции) кости;

наличие периостальной реакции в виде характерного козырька, длинных нитеобразных спикул, расположенных перпендикулярно по отношению к кости, появление рядом с пораженной костью, а также мягкотканного компонента с участками обызвествления.

Диагноз сарком костей устанавливаются на основании данных морфологического исследования фрагмента опухоли, полученного путем биопсии и рентгенологического исследования.

Биопсия опухоли может быть выполнена путем трепано-биопсии (взятие материала опухоли с использованием толстой иглы, в том числе под рентгенологическим контролем) или открытой биопсии.

Обязательным является выполнение рентгенографии всей пораженной кости, а также КТ или МРТ. Эти исследования могут повторяться в процессе химиотерапии для оценки ее эффективности.

Результаты исследования. Результаты лечения остеогенной саркомы существенно улучшились за последние десятилетия. В различных исследованиях указываются разные цифры, но в целом доля выздоравливающих детей и молодых пациентов после комбинированного лечения по поводу остеосаркомы составляет около 70%. Особенно эффективно излечиваются локализованные формы, а также опухоли, хорошо отвечающие на химиотерапию. Прогноз зависит также от местонахождения опухоли и возможности ее полного хирургического удаления.

Среди отдаленных последствий лечения остеосаркомы обычно наиболее существенны последствия операции. Так, если была произведена ампутация руки или ноги, то необходимо ее протезирование и долгий процесс реабилитации. Кроме того, многим больным, особенно подросткам, в этой ситуации может потребоваться помощь психолога.

При операциях, сохраняющих конечность, также необходимы реабилитационные мероприятия. Возможные проблемы включают в себя износ эндопротеза и его инфицирование.

Вывод. Остеогенная саркома может встречаться в любом возрасте, однако наиболее характерна для молодого взрослого и особенно для подросткового возраста. Большинство заболевших - от 10 до 30 лет. В среднем возрасте эта опухоль встречается очень редко. Около 10% заболевших – пожилые люди старше 60 лет; считается, что у них развитие опухоли может быть спровоцировано другими костными заболеваниями, возникшими к этому возрасту, или связано с перенесенным облучением. Мужчины болеют несколько чаще женщин.

Частота возникновения остеосаркомы составляет около 3-4 случаев на 1 миллион детей и молодых людей в возрасте до 20 лет.

РЕЦИДИВНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

*Ахмадалиев С.М., Кадиров Ш.Н., Икромов Ф.Д., Усмонов Э.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью данного исследования явилось изучение результатов хирургического лечения по материалам хирургического отделения клиники АГМИ и областного многопрофильного медицинского центра с 2015 по 2020 г, выявить причины рецидива заболевания и пути его профилактики.

Нами с 2015 по 2020 г. прооперировано 421 больных с эхинококкозом печени. Из них мужчин 253 (60 %), женщин -168 (40%) больных, в возрасте от 16 до 68 лет. Солитарный эхинококкоз правой доли печени- у 266 (63%), солитарный эхинококкоз левой доли печени - у 48 больных, множественный эхинококкоз печени -у 139 (33%), сочетанный эхинококкоз органов брюшной полости - у 18 (4%), диссеминированный эхинококкоз брюшной полости- у 6 (1%).

Из 421 больных у 61 наблюдался рецидивный эхинококкоз, их них у 41 -истинный рецидив, имплантационный эхинококкоз -у 11 больных, резидуальный эхинококкоз печени и брюшной полости -у 6 и 3 больных- диссеминированный эхинококкоз печени.

При изучении анамнеза заболевания установлено, что перенесенные операции были следующими: одна операция у 39 (9%) больных, две операции -у 14 (3%), три операции -у 5 (1,3%), четыре операции и более- у 3 (0,7%) больных. 16 больных с рецидивными формами эхинококкоза печени поступили в стационар с осложнениями болезни, а именно: нагноение кисты- у 9 больных, цистобиллиарные свищи- у 6 больных, явления механической желтухи- у 1 больного.

Из 61 больных в условиях районной больницы по экстренным показаниям с 2015 по 2020 г выполнено 40 операций по поводу осложненных форм эхинококкоза печени. Основными причинами развития рецидива явились: раннее удаление дренажной трубки, который осложнялся нагноением остаточной полости, самопроизвольный разрыв кисты, обширность распространения паразитарного поражения, при локализации кисты в труднодоступных зонах, которые произведены удалением хитиной оболочки и дренирование полости без ликвидации, а также расположение кисты в глубине органа и частичное нарушение техники эхинококкэктомии.

В настоящее время с целью профилактики рецидива эхинококкоза печени нами обрабатывается эхинококковая полость (60 С⁰ раствором фурациллина по методике М.М.Мамакеева и раствором бетадин). С 10 суток после операции используем альбендазол 400 мг 1 раз в день 21 суток, как профилактику и в качестве лечебной химиотерапии. Это позволило резко снизить количество больных с рецидивными формами эхинококкоза печени.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Ахмедов Г.К., Юлдошев Ф.Ш., Бабажанов А.С.
Самарканд Давлат тиббиёт институти*

С развитием малоинвазивной хирургии лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является операцией выбора при остром калькулезном холецистите и стал стандартным лечением. Внедрение этого метода в хирургическую практику позволило значительно улучшить результатов лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), однако с увеличением количества таких операционных вмешательств, наблюдается такие осложнения, которые очень редко встречаются при лапаротомной холецистэктомии (ЛХ).

Цель исследования. Оценить и определить характер осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ оперативного лечения 2531 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, находившихся в эндохирургическом отделении Самаркандского ГМО в период с 2015 по 2019 год. Среди обследованных пациентов было 458 мужчин (18,1%), женщин 2073 (81,9%). Возраст пациентов колебался от 28 до 81 г. Все больные были прооперированы, в 1795 пациентов была проведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита, а у 613 пациентов с острым калькулезным холециститом. В 123 случаях у пациентов с острым осложненным калькулезным холециститом выполнено лапаротомная холецистэктомия, а также некоторым из них выполнено лапароконверсия. Чаще всего осложнения холецистита встречались у пациентов с острыми деструктивными его формами. Среди больных, которым выполняли ЛХЭ в 212 (8,4%) встречался паравезикальный инфильтрат, в 141 (5,6%) - водянка желчного пузыря и в 94 (3,7%) случаях -

эмпиема желчного пузыря. У пациентов прооперированных лапаротомным доступом часто встречалось сочетание нескольких осложнений. Билиарный панкреатит диагностировали у 129 (5%) пациентов.

Результаты и выводы: Операцией выбора у больных с острым и хроническим холециститом является лапароскопическая холецистэктомия, которая была выполнена в 95,1% наблюдений. В 4,9% пациентов выполнялась лапаротомная холецистэктомия или конверсия. Причинами конверсии при ЛХЭ является плотный паравезикальный инфильтрат, синдром Мириizzi, гангренозные изменения стенки желчного пузыря, невозможность идентифицировать элементы шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связи. Осложнения, возникающие при ЛХЭ, обусловленные анатомическим дезориентацией хирурга во время операции, вызванным кровоточивостью тканей, жировыми наслоениями и воспалительными инфильтративными изменениями органов панкреатогепатобилиарной зоны.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ МАСТЭКТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IV СТАДИИ

Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.

Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) на сегодняшний день занимает лидирующее место среди злокачественных заболеваний у женщин во всем мире и составляет одну из наиболее важных медицинских и социально-экономических проблем.

Анализ мировой литературы демонстрирует возрастающий интерес к проблеме лечения больных РМЖ IV стадии. Это связано с накоплением клинических наблюдений и экспериментальных данных об особенностях возникновения и течения различных форм диссеминированного рака молочной железы.

Отсутствие единого подхода к выбору лечебной тактики диссеминированного рака молочной железы диктует необходимость дальнейшего научного исследования для ответа на многие нерешенные вопросы.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является улучшение результатов общей выживаемости больных генерализованным раком молочной железы с применением хирургического метода в плане комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены данные о 196 больных раком молочной железы IV стадии, проходивших лечение в АООД с 2017 по 2020 гг. Для оценки вклада хирургического удаления первичного очага как этапа комбинированного лечения больные разделены на две группы. Первую группу составили 124 пациентки, которым выполнено оперативное вмешательство в объеме паллиативной мастэктомии, вторую - 72 больных, которым проведено только консервативное лечение (лекарственная и лучевая терапия). Возраст больных варьировал от 29 до 80 лет, средний возраст составил 56,5 лет.

Результаты исследования. Паллиативная мастэктомия при генерализованном раке молочной железы у ряда пациенток оправдана и позволяет в 51,3% случаев улучшить показатели 3-летней выживаемости, а у 34,1% больных достичь 5-летней выживаемости.

Удаление первичной опухоли в плане комплексного лечения у больных генерализованным раком молочной железы позволяет улучшить результаты 5-летней выживаемости с солитарными или единичными метастазами в костях по сравнению с множественными 41,1% у 24,6% и в легких 29,2% у 6,6%. Выявление множественных метастатических очагов в пределах одного органа ухудшает прогноз, однако не является абсолютным противопоказанием к паллиативной мастэктомии.

Показатели общей выживаемости при сочетанных метастазах в зависимости от удаления первичной опухоли в объеме паллиативной мастэктомии существенно не отличаются. Общая 1-, 2-, и 3-летняя выживаемость у оперированных больных составила 88,4%, 20,5% и 0%, а у неоперированных больных - 84,2%, 18,5% и 0% соответственно [p=0,2].

Удаление первичного очага необходимо проводить после системной лекарственной терапии. У больных, которым на первом этапе проводили паллиативную мастэктомию, общая 1-, 3- и 5-летняя выживаемость составила 83,4%, 32,7% и 10,9% соответственно, тогда как у больных с системным лечением на первом этапе эти показатели были достоверно выше и равны 98,8%, 59,9% и 37,9%, соответственно [p=0,02].

Лучшие результаты общей 5-летней выживаемости у больных генерализованным раком молочной железы достигаются при люминальном типе, Нег-2/пери-негативном подтипе опухоли (52,7%), а наихудшим прогнозом обладают опухоли с Нег-2/пери-позитивным (29,6%) подтипом [p=0,008].

Вывод. На основании полученных результатов доказана целесообразность хирургического удаления первичного очага у больных раком молочной железы с солитарными и единичными метастазами в кости, легкие и печень, что позволяет добиться увеличения общей выживаемости.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.

Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. При онкозаболевании в терминальной стадии, пациент становится причиной дисфункционирования семьи, так как это вызывает колоссальное моральное потрясение для близких и родственников, а также это несет экономические, социальные и психологические трудности, что может привести к снижению качества жизни всей семьи. Близкие, сочувствующие и страдающие больному, часто находятся в состоянии беспомощности, не зная как поступить в таких ситуациях, прибегая к разным вариантам решения проблемы, однако остаются в безвыходном положении.

Не раз поднимался вопрос о создании мультидисциплинарной команды паллиативной помощи, которая имела бы возможность выезда на дом тяжело онкобольным. Предложенный состав команды: 1 врач-специалист паллиативной помощи, 1 онколог, участковый врач, 1 медсестра, 1 психолог, 1 социальный работник, 1 волонтер, 1 юрист. При необходимости можно включить священнослужителя.

Цель исследования. Изучить уровень знаний о паллиативной помощи среди населения г. Андижана и выявить потребность в создании мультидисциплинарной команды паллиативной помощи на основании результатов анонимного анкетирования.

Материалы и методы исследования. Для изучения уровня знаний о паллиативной помощи среди населения г. Андижана и выявления потребности в создании мультидисциплинарной команды паллиативной помощи было проведено анонимное анкетирование в двух этапах среди населения.

Обсуждение. При анализе полученных данных получены следующие результаты: более половины опрошенных респондентов знают, что такое паллиативная помощь. Из 200 респондентов: 112 человек выбрали правильное понятие паллиативной помощи; 34 человек не знают, что такое паллиативная помощь; 24 человек посчитали, что паллиативная помощь - это обеспечение бесплатного лечения за рубежом и 30 человек, что это организация, занимающаяся безвозмездной помощью одиноким людям.

После краткого информативного сообщения о паллиативной помощи респондентам, участники перешли на второй этап анкетирования. На втором этапе почти все ответили, что есть необходимость в создании мультидисциплинарной команды паллиативной помощи: 92% (184 чел.) ответили «да», 8% (16 чел.) ответили «нет».

Респонденты, ответившие «да, есть необходимость в создании мультидисциплинарной команды паллиативной помощи», пояснили свое мнение следующими аргументами: мультидисциплинарная команда паллиативной помощи - это хорошая поддержка для больных и их близких с финансовыми трудностями посчитали 95 человек; мультидисциплинарная команда паллиативной помощи снизит уровень суицида среди больных ответили 14 человек; мультидисциплинарная команда паллиативной помощи повысит обращаемость населения за медицинской помощью ответили 13 человек; мультидисциплинарная команда паллиативной помощи посодействует разработке новых государственных программ и законов направленных на улучшение качества жизни больных в терминальной стадии ответили 9 человек; мультидисциплинарная команда паллиативной помощи посодействует улучшению качества оказания медицинской помощи в селах и отдаленных районах ответили 29 человек; мультидисциплинарная команда паллиативной помощи посодействует повышению правовой грамотности населения в медицине ответили 24 человек.

Следующие аргументы предложили респонденты, ответившие «нет необходимости в создании мультидисциплинарной команды паллиативной помощи»: нет необходимости создания мультидисциплинарной команды паллиативной помощи, так как отсутствует финансирование на нее посчитали 10 человек; 1 человек ответил, что нет необходимости создания мультидисциплинарной команды паллиативной помощи, так как в городе имеются хорошие доступные медицинские учреждения; 3 человек ответили, что нет необходимости создания мультидисциплинарной команды паллиативной помощи, потому что есть проблема нехватки медицинского персонала и 2 человек ответили, что нет необходимости создания мультидисциплинарной команды паллиативной помощи, так как существуют более приоритетные проблемы в медицине, на которые целесообразнее затратить государству деньги.

Вывод. Изучив результаты анкетирования можно сделать выводы о том, что население г. Андижан все еще не знакомо с понятием паллиативная помощь, хотя в европейских странах она оказывается уже давно, и успешно функционирует в хосписах. Что касается идеи создания мультидисциплинарной команды паллиативной помощи, со стороны респондентов была 100 %-ная поддержка. Создание мультидисциплинарной команды могло бы значительно улучшить качество жизни больных и их родственников.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.

*Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Проблема рака является общемировой. Ежегодно во всем мире диагностируется около 10 млн случаев злокачественных опухолей.

Достижения современной онкологии позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и ставят вопрос о качестве жизни больного.

Если для излеченных больных качество жизни имеет определенное значение в их социальной реабилитации, то для инкурабельных (неизлечимых) онкологических больных повышение качества жизни является основной и, пожалуй, единственно выполнимой задачей оказания помощи этой тяжелой категории пациентов, тесно переплетаясь с качеством жизни и здоровых членов семьи, родственников, друзей, окружающих больного.

В своем отношении к безнадежным больным очень важно руководствоваться такими этическими соображениями, как уважительное отношение к жизни больного, к его самостоятельности, к его достоинству.

Необходимо стараться уметь использовать оставшиеся в распоряжении больного существенно лимитированные физические, психические и эмоциональные ресурсы. Последние месяцы существования больных, если они пребывают не в стационаре, а дома, протекают в весьма тягостной обстановке.

Именно в этот период больной больше всего нуждается в достаточно многообразных формах паллиативной помощи.

Цель исследования. Главной целью в организации паллиативной помощи является исходная задача – все виды такой помощи должны по возможности оказываться дома. Работники этой службы оказывают консультативную помощь больным на дому, а при необходимости и в стационарах перед выпиской, проводя при этом соответствующую психологическую подготовку больного и членов его семьи. При этом закладывается фундамент эффективности будущей помощи и лечения в домашних условиях.

Методы исследования. Методы программы паллиативного лечения онкологических больных имеет следующие составные компоненты:

Помощь на дому. В отличие от противоопухолевого лечения, требующего помещения больного в специализированный стационар, паллиативное лечение предусматривает оказание помощи в основном в домашних условиях.

Консультативная помощь. Предусматривает консультирование больных специалистами, владеющими методикой оказания паллиативной помощи в стационаре и на дому.

Дневные стационары. Организуются для оказания паллиативной помощи одиноким и ограниченным в передвижении больным. Пребывание в дневном стационаре в течение одного дня 2-3 раза в неделю дает возможность больному получить квалифицированную, в том числе и консультативную помощь.

Обсуждения. Паллиативная помощь и специальное противоопухолевое лечение не исключают, а дополняют друг друга, повышая тем самым эффективность терапии.

Элементы паллиативной помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного. Это повысит качество его жизни на всех этапах и предоставит врачу больше возможностей для проведения противоопухолевой терапии.

Имея достаточную информацию о течении заболевания, врач и больной совместно могут выбрать рациональные пути борьбы с ним. Выбирая ту или иную тактику лечения онкологического больного, врач должен обязательно включать в нее, наряду с противоопухолевым лечением, элементы паллиативного, симптоматического лечения с учетом биологического состояния больного, его социального, психологического и эмоционального статуса.

Только с учетом все этих факторов можно рассчитывать на успех, на улучшение качества жизни пациента, что и является конечной задачей при решении проблемы оказания паллиативной помощи онкологическим больным в терминальной стадии болезни.

Немаловажное значение имеет и психоэмоциональная поддержка, когда размыкается круг домашнего одиночества. Кроме того, большую помощь получают члены семьи, осуществляющие домашний уход.

Вывод. Основой успеха паллиативной помощи является длительное профессиональное постоянное наблюдение за больным. Это требует обязательного участия работников здравоохранения, которые, в свою очередь, должны быть обучены, чтобы правильно и быстро оценить состояние больного, его нужды и возможности их удовлетворения; знать, какие советы необходимо дать больному и членам его семьи.

ТОТАЛЬНАЯ АУТОАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС

*Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Хужамбердиев А.У.,
Илхомов О.Э., Чернов Д.А.*

*Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии
имени академика В.Вахидова*

Цель исследования: изучить результаты полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2013 гг. в РСЦХ им. акад. В.Вахидова у 59 пациента выполнена операция полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда, из них 46 мужчин (77,9%), 13 женщин (22,1%). Средний возраст пациентов составил $52,24 \pm 3,4$ г. У 51 (86,4%) больного выявлена стабильная стенокардия напряжения, из них II ФК в 8 случаях (13,5%), III ФК в 29 случаях (49,2%), IV ФК в 14 случаях (23,7%). У 4 человек (6,7%) выявлена нестабильная стенокардия. Из анамнеза 42 пациента (71,2%) ранее перенесли инфаркт миокарда.

По данным ангиографии, поражение ствола левой коронарной артерии выявлено в 14 (23,7%) случаях, передней нисходящей артерии в 44 (74,6%), огибающей артерии в 23 (39%), правой коронарной артерии в 19 (32,2%) случаях. В качестве кондукта, ЛВГА использовалась у 58 (98,3%) больных, ПВГА у 33 (55,9%), лучевая артерия у 17 (28,9%) больных.

В условиях ИК оперировано 39 (66,1%) пациентов, 20 (33,9%) операций выполнено на работающем сердце с использованием стабилизатора миокарда "Octopus-3" (Medtronic, USA) Эндартерэктомия из коронарных артерий выполнена 4 (6,7%) пациентам.

В раннем послеоперационном периоде у 7 (11,8%) больных наблюдались кратковременные нарушения ритма. У 1 (3,3%) пациента выполнена повторная операция по поводу кровотечения.

В отдаленные сроки после операции (от 6 мес. до 1 года) в клинике обследовано 38 (64,4%) пациентов изучаемой группы. Оценивались показатели клинической эффективности (ФК стенокардии, ФК ХСН по NYHA), эхокардиографические показатели сократительной способности миокарда левого желудочка (таблица).

По данным анамнеза у большинства пациентов после операции реваскуляризации миокарда жалобы соответствующие стенокардии либо отсутствовали, либо отнесены к более низкому ФК. Признаков ХСН не выявлено. При инструментальном обследовании больных выявлено достоверное повышение ФВ в сравнении с дооперационными данными.

Выводы: Полученные результаты позволяют надеяться на более широкое внедрение в практику хирургии ИБС полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ “ФЕМОСТОН” ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ

Ахмедова Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

Климактерический синдром или патологическое течение перименопаузального периода встречается у 20 – 40% женщин. Наиболее частыми ранними симптомами климактерического синдрома являются: приливы жара и ночная потливость, раздражительность, нервозность, депрессивное состояние, бессонница, утомляемость, нерегулярные и болезненные менструации, нарушение концентрации внимания и забывчивость, сухость влагалища, диспареуния, частые мочеиспускания.

У 51% женщин в период менопаузы встречается тяжелое течение климактерического синдрома, требующие неотложного лечебного воздействия. Своевременное назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) позволяет предотвратить развитие затяжных и осложнённых форм климактерического синдрома.

Целью данной работы явилось применение препарата фемостона для устранения тяжелого течения клинических симптомов. Методом исследования использован комбинированный двухфазный препарат фемостон, состоящий из аналогов натуральных половых гормонов 17 β эстродиола + дидрогестерона (дюфастона), состоящий из 28 таблеток 1/10.

Материалом исследования взяты женщины в возрасте 45 – 50 лет с климактерическим синдромом, получавшие препарат фемостон 1/10 в течении 3 месяцев. Произведены следующие методы исследования: время свёртываемости крови, количество тромбоцитов, ПТИ, количество фибриногена, УЗИ эндометрии, мамография. Нами были исследованы 22 женщин в возрасте 45 – 50 лет. У 10 женщин был диагностирован климактерический синдром средней степени тяжести, а у 12 – тяжелой степени. Женщины предъявляли жалобы на приливы жара в голове и в верхней половине туловища - 100%, на раздражительность, нервозность, головную боль - 89%, на сердцебиение - 96%, на бессонницу и утомляемость - 88,9%, нерегулярные и болезненные менструации отмечались у 44,5%, сухость влагалища, диспареуния - 28,5%.

После лечения фемостоном 1/10 наблюдалось нормализация клинических симптомов. Например, у 88,2% женщин уменьшились приливы, у 25% женщин уменьшилась сухость влагалища, 75% нормализовались менструации.

Данные лабораторных исследований показали, что фемостон практически не влияет на время свёртываемости крови, на количество тромбоцитов, ПТИ и на показатели фибриногена. У 94% женщин указанные показатели оставались в пределах физиологических нормы, тогда как у 6% женщин наблюдалось незначительное изменение показателей в сторону гиперкоагуляции, что корректировалось антикоагулянтами.

Таким образом, при применении фемостона 1/10 произошла нормализация гормонального фона и устранение клинических симптомов климактерического синдрома

НАШ ОПЫТ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д., Ахмедов И.Ю.

Самаркандский медицинский институт

Областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность проблемы: На данном этапе развития хирургии, эндоскопическая хирургия в детском возрасте считается инновационным хирургическим способом, имея наибольшее преимущество как в плановой, так и в экстренных ситуациях.

Цель исследования: изучить современный взгляд и уровень тенденции в развитии эндоскопической хирургии в детском возрасте.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением с 2017 по 2019 гг. находилось 619 детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет с различными хирургическими патологиями. Из них с острым аппендицитом 341 больных, с левосторонним варикоцеле - 187 больных, с эхинококковой кистой печени - 28, с эхинококковой кистой легких - 10, с желчекаменной болезнью - 9, с пупочным свищом - 6, с абдоминальной формой крипторхизма - 15, с двусторонней паховой грыжей - 1, с кистой яичника - 3, с абсцессом печени - 2, с кистой селезенки - 4, с кистой почки - 4, с кистой поджелудочной железы - 3, с болезнью Гиршпрунга - 1, с спаечной кишечной непроходимостью - 5. Всем больным была произведена эндоскопическая операция.

Больным с острым аппендицитом в 17 случаях (5%) произведена конверсия. Проведено морфологическое исследование удаленных червеобразных отростков. Острый катаральный аппендицит был у 8 больных (2,3%), флегмонозный - у 273 больных (80,1%), гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом - у 60 больных, который составил 17,6 %.

Больным с варикоцеле проведена лапароскопическая перевязка яичковых вен слева. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 15-20 минут. Через 3-4 часа после операции больные могли самостоятельно вставать и в 92,5 % случаев (173 пациента) не понадобилось обезболивание. Больные были выписаны в тот же день после операции. Рецидив заболевания и послеоперационная водянка не наблюдалась ни у одного больного, так как все больные были оперированы с прицельным выделением лимфатических протоков.

Больному с болезнью Гиршпрунга была произведена операция Де ла Торе Мондрагон с видеоассистированной лапароскопией.

Больным с эхинококковой кистой печени (28 случаев) произведена лапароскопическая эхинококкэктомия без конверсии. 8 больным с эхинококковой кистой легких (10 случая) в связи с наличием больших бронхиальных свищей эхинококкэктомия произведена торакоскопически, а ушивание свищей тораконверсией с миниторакотомией.

Выводы:

1. Определено что, эндоскопическая хирургия является новым, малоинвазивным, эффективным и перспективным методом лечения в хирургии детского возраста.
2. Доказано эндоскопический доступ практически исключает нагноение раны, расхождение ее краев и развитие спаек.
3. Выявленные преимущества эндоскопической хирургии являются раннее восстановление нормального самочувствия, уменьшение болевого синдрома, отличный косметический результат и меньшая частота послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Оразалинов А.Ж., Ойнарбаева Э.А.
Научный центр педиатрии детской хирургии МЗ РК

В общей структуре осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей составляют пилородуоденальные стенозы представляя одну из важных медицинских и социальных проблем современного общества, что связано с редкой встречаемостью, особенностями клинического течения, высокого риска ранней манифестации и инвалидизации, снижающей качество жизни детского населения.

Цель. Оценить эффективность хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материалы и методы. В отделение хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) за период с 2000 по 2019гг. поступили 9 детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с декомпенсированным язвенным рубцовым стенозом пилородуоденальной зоны. Возраст детей варьировал от 8 до 14 лет. Клинические проявления полиморфны, так с жалобами на боли в гепатобиларной зоне обратились 7 (78%) детей; рвота и дисфагия отмечались у всех, вздутие верхней половины живота у 6 (67%). Отставание в физическом развитии и дефицит массы тела, являющийся результатом нарушений алиментарного характера, имелись у всех детей, так гипотрофия I степени – 3 (34%) детей, II степени – у 5 (56%). У 1 (11%) пациента выявлены вторичные изменения со стороны эндокринной системы, у 2 (22%) клинические проявления сопряжены неврологической симптоматикой.

По данным нейросонографии у всех пациентов визуализировалось турбулентность потоков жидкости в полости желудка, выраженное утолщение стенок пилородуоденальной зоны и желудка с отеком слизистой. У 7 (78%) выявлены диффузные изменения печени, у 4 (44%) дополнительно утолщение стенок холедоха, свидетельствующие о вторичных изменениях со стороны гепатобилиарной системы. Эндоскопически повреждения слизистой желудка в виде отека и гиперемии визуализировалось у всех детей, с язвенно-рубцовой деформацией, инфильтрацией окружающих тканей и декомпенсированным стенозом просвета на уровне пилородуоденальной зоны отмечено у 5 (56%), на уровне луковицы двенадцатиперстной кишки у 4 (44%). Рентгенологически у всех пациентов выявлен гастроптоз с задержкой эвакуации контрастного раствора в желудке до 24 часов в разной степени выраженности. Компьютерная томография органов брюшной полости выполнена 6 (67%) пациентов, образований со стороны органов брюшной полости, сдавливающие просвет желудка и двенадцатиперстной кишки извне не выявлено. На основании проведенного комплексно-диагностического обследования, подтверждающие прогрессивное нарушение эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки были выставлены показания к операции.

Результаты. Все дети оперированы. Возможность выполнения оперативного способа определялась не только состоянием больного, но и анатомическими изменениями в области пилородуоденального отдела. Преимущественно в 8 (89%) случаях был применен способ резекции желудка по Бильрот II с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования, погружением культи двенадцатиперстной кишки и воссозданием непрерывности пищеварительной трубки путем наложения У-образного анастомоза по Ру. У 1 (11%) выполнена яорганосохраняющая операция путем наложения поперечного дуоденoduоденоанастомоза, локальным иссечением рубцово-язвенной зоны с сохранением пилорического сфинктера и дуоденопластикой.

Отдаленные результаты изучены у всех 9 пациентов проведением дополнительных инструментальных и функциональных методов исследования, результаты удовлетворительные.

Вывод. Наш небольшой опыт хирургического лечения осложненных декомпенсированных форм язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей свидетельствует о том, что своевременная верификация диагноза и применение патогенетически обоснованного лечения, включая ранее хирургическое вмешательство предотвращает развития серьезных осложнений и операцией выбора считаем резекцию по способу Бильрот II с созданием желудочно-кишечного анастомоза.

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ. ПРОБЛЕМА ХИРУРГИИ

Бабаджанов А.Х., Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В.Вахидова,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Высокая частота летальных исходов, половина которых приходится на раннюю фазу заболевания, в первую очередь, свидетельствует об актуальности проблемы комплексной интенсивной терапии полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите (ТОП). Второй важной задачей является профилактика инфицирования и своевременная диагностика различных гнойно-септических осложнений, на которые приходится около 60% поздней летальности при ТОП.

С целью совершенствования тактических аспектов лечения этой тяжелой патологии, которые затрагивает не только хирургические подходы, но и вопросы улучшения качества поликомпонентной консервативной терапии, в данной работе представлен проведенный нами факторный анализ причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения ОП билиарной этиологии. При этом основными направлениями являлись изучение особенностей течения билиарного ОП в зависимости от предпринятой тактики лечения, проведение анализа структуры основных системных панкреатогенных осложнений и причин летальности при остром билиарном панкреатите и определение роли ОРДС в структуре системных панкреатит-ассоциированных осложнений и причин летальности при билиарном ОП.

Материалы и методы. Работа основана на анализе причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения острого панкреатита билиарной этиологии – 438 больных из общей выборки пациентов с острым панкреатитом из 1073 больных, которые находились в ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» и клинике АндМИ за период с 2009 по 2018 гг включительно.

Тяжесть состояния больных оценена динамически по шкалам Ranson и APACHEII. Так, отечный ОП или очаговый некроз и баллы менее 3 по Ranson и менее 8 по APACHE II отмечен в 80,6% (191 из 237 пациентов) случаях при поступлении и в 68,8% (163 из 237) случаях в процессе лечения. Острый деструктивный панкреатит с баллами более 3 по Ranson и более 8 по APACHE II диагностирован в 15,6% (37 из 237) при поступлении и в 21,5% (51 из 237) случаях в динамике, что означало прогрессирование тяжести деструкции в процессе лечения.

Из общего числа обращений тяжелые осложненные формы ОП при более 6 баллах по Ranson более 15 баллов APACHE II диагностированы в 3,8% (9 из 237) случаях, тогда как в динамике отмечается рост доли тяжелых форм с частотой в 9,7% (23 из 237 наблюдений) ($\chi^2=10,567$; Df=3; $p=0,015$).

При распределение наблюдений билиарного ОП по классификации Атланта-92 третьего пересмотра (2012) большинство случаев было отнесено к отечному панкреатиту, что составило 83,5% (198 больных) случая, диагностированных при поступлении и 66,2% (157 из 237) случая – в динамике, тогда как панкреонекроз диагностирован в 16,5% (39 из 237) случаях при поступлении. В процессе лечения наблюдалось достоверное увеличение деструктивных форм, что составило 33,8% (80 из 237) ($\chi^2=18,861$; Df=1; $p<0,001$), в числе которых инфицирование отмечено в 11,8% случаях.

В процессе лечения проведена оценка тяжести билиарного ОП (табл. 2), по результатам которого исходно осложненные формы деструктивного ОП наблюдались в 2,5% (6 из 237) случаях, в динамике осложнения и инфицирование развились в 11,8% (28 из 237) случаях. Также наблюдался прирост стерильного панкреатита билиарной этиологии с 13,9% до 21,9% (критерий $\chi^2=4,943$; Df=1; $p=0,027$).

Среди гнойно-септических осложнений в процессе лечения флегмона забрюшинной клетчатки диагностирована в 4,6% (11 из 237) случаях, инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ – 4,6% (13 из 237), гнойный перитонит наблюдался в 7 (3,0%) случаях и панкреатогенные абсцессы – в 4 (1,7%).

Заключение. Таким образом, динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения характеризуется возможностью прогрессирования патологического процесса с достоверным увеличением доли деструктивных форм заболевания с 16,5% (39 из 237) при поступлении до 33,8% (80) (критерий $\chi^2=18,861$; Df=1; $p<0,001$), включая прирост стерильного (с 13,9% до 21,9%) и инфицированного (с 2,5% до 11,8%) панкреонекроза (критерий $\chi^2=4,943$; Df=1; $p=0,027$) с различными гнойно-септическими осложнениями.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*Бахритдинова Ф.А., Ибрагимов Н.К.
Ташкентская медицинская Академия*

Известно, что вирусные заболевания, в том числе и респираторные, распространяются при попадании воздушно-капельным путем на слизистые носоглотки, рта и глаз. Надо отметить, что тестирование на наличие вируса путем реакции ПЦР проводится в клинической медицине с конца 20 столетия и материалом для исследования служат соскобы со слизистой неба, носоглотки, конъюнктивы и слезная жидкость. Доказано, что слезная жидкость является проводником различной инфекции от больного к здоровому человеку при определенных условиях. В связи с пандемией COVID-19, ученые во всем мире пытаются изучить ранние проявления заболевания на органах и системах, и на органе зрения в том числе. По данным зарубежной литературы, за последнее время офтальмологами мегаполиса Ичан провинции Хубей, также выявлены глазные проявления COVID-19, а именно у 12 пациентов, имевших глазные проблемы выявлены: обильное слезотечение, отек и гиперемия конъюнктивы. В двух случаях в посеве с конъюнктивы и слезной жидкости был выявлен коронавирус, также доказана долговременная выживаемость коронавируса в слезе, т.е. существует возможность его передачи через слезы. По мнению профессора офтальмологического отделения израильской больницы Давида Цадока, новый вирус имеет способность проникать в организм через конъюнктиву и первый врач, который умер в Китае был офтальмолог, обследовавший больного с COVID-19. По данным Американской Академии Офтальмологии, новая вспышка коронавируса может вызвать конъюнктивит. В связи с тем сообщается, что пациенты, у которых наряду с респираторными симптомами отмечается конъюнктивит, могут быть заражены COVID-19. Результаты исследований, опубликованные в Annals of Internal Medicine, свидетельствуют о том, что в институте инфекционных болезней Италии, пришли к выводу о существенной значимости тестирования на коронавирус в слезной жидкости, нежели в мазке из горла, так как в последнем тест был отрицательный при положительном результате исследования в слезе. Однако, по данным офтальмологов Сингапурского Национального Университета, протестировавших образцы слезной жидкости 17 пациентов с установленным диагнозом COVID-19, не нашли в ней коронавирус на всем протяжении периода лечения. Ученые уточняют, что у всех испытуемых не было симптомов «красного глаза», который, вероятно, мог повлиять на результаты тестирования. В обзоре, опубликованном в бюллетене Health Day Neys, автор отмечает, что тем тяжелее протекает заболевание у пациента с COVID-19, тем выше вероятность того, что у него также будет симптом «красного глаза». Это означает, что болезнь может распространяться через конъюнктиву и слезную жидкость людей, и доктора, осматривающего глаза пациента, или даже потирающего глаза, зараженных вирусом. Пациенты и врачи должны знать,

что COVID-19, может проявляться покраснением глаз, отеком и слезотечением, а потому пациенты с этими симптомами должны получить соответствующую помощь для профилактики инфицирования окружающих (Steven Reinberg, апрель, 2020). В многопрофильной клинике ТМА по состоянию на 25.04.2020, находилось 170 больных с COVID-19, из них 12 жаловались на кратковременное помутнение зрения в самом начале заболевания, у 21 больного определялась гиперемия конъюнктивы, рассосавшееся без локального лечения на 5-6 день госпитализации, у двух больных определялось слезотечение, самопроизвольно прекратившееся через 3 дня.

В связи с существующим риском распространения COVID-19 и состоянием обсуждаемого вопроса, нам представляется необходимым, напомнить о соблюдении мер **профилактики** в офтальмологических кабинетах, клиниках и **рекомендовать**:

временно отложить визит к офтальмологу, не требующий экстренного оперативного вмешательства или хирургической операции, на более поздний срок; при обращении к офтальмологу пациентов с конъюнктивитами, измерить температуру тела обратившегося, при повышенной температуре направить пациента по установленным правилам маршрута с соблюдением санитарно-эпидемиологических правил на тестирование;

организовать помещение, в котором пациенты ожидают приема, соблюдая дистанцию в 2 метра; пациенты и врачи должны быть в масках и защитных очках; ограничить ношение контактных линз и заменить их на обычные очки во время эпидемии.

Для профилактики заражения коронавирусом в домашних условиях, кроме обычных мер предосторожности, рекомендуется не дотрагиваться до области лица, век и глаз; умывать лицо только после тщательного мытья и обработки антисептиками рук; глазные капли, мази, гели, пипетки должны быть строго индивидуального пользования.

пациентам, постоянно закапывающим капли по причине других глазных заболеваний, следует тщательно мыть руки, в течение 20 сек. до и после инстилляций капель, то же самое следует выполнить тем, кто закапывает капли другому человеку;

обязательно, часто обрабатывать антисептиками очки, не пользоваться чужими очками и не давать свои очки другим.

Это основные рекомендации и требования к пациентам и офтальмологам, которые должны неукоснительно соблюдать их в период эпидемии вирусных заболеваний.

Таким образом, эпидемии заболеваний, вызванные новыми штаммами вируса, являются серьезным вызовом для современной медицины. В число первоочередных мер, которые необходимо предпринять для борьбы с COVID-19, входит разработка вопросов профилактики, способов их быстрой и точной идентификации при помощи конкретных критериев диагностики, клинического течения заболевания вообще и со стороны органа зрения, в частности.

ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА КЎЗ ВА ЁРДАМЧИ АЪЗОЛАРНИНГ КАСАЛЛИНИШИ

*Бахритдинова Ф.А., Маткаримов А.К.
Тошкент тиббиёт академияси*

Мавзунинг долзарблиги. Ҳозирги пайтда Оролбўйи худуди аҳолисининг саломатлиги атроф муҳитнинг, хусусан ҳаво, тупроқ ва сувнинг узок муддатли ифлосланиши билан боғлиқ ҳолда ўрганилмоқда. Ушбу минтақа аҳолисининг ноинфекцион касалликлари таҳлили шуни кўрсатадики, худудда юрак қон томир тизими, қон ва қон яратиш аъзолари, эндокрин тизим, пешоб ажратиш ва репродуктив тизимнинг зарарланишлари кўп учрамоқда. Бу кўрсаткичлар Ўзбекистоннинг бошқа худудларига қараганда кўп эканлиги аниқланган (Archana Gupta, 2016). Умуман олганда ушбу худудда ички касалликларни ўрганиш бўйича кўплаб ишлар олиб борилган бўлсада, айнан минтақада экологиянинг кўриш аъзосига таъсири диққат марказидан четда қолмоқда.

Кўриш аъзоси тананинг бошқа тизимларидан фарқли равишда анатомик жиҳатдан ташқи муҳит омилларидан ҳимояланмаган. Шу сабабли кўз олмаси ва унинг ёрдамчи қисмлари биринчилардан салбий экологик омилларнинг таъсирига учрайдиган нишон-аъзо ҳисобланади. Кўплаб илмий адабиётларга кўра, атроф муҳит иқлими баъзи кўз касалликларининг ўзига хос клиник кечишини юзага келтиради. Дунёнинг кўпгина худудларида ташқи муҳит омилларининг кўз касалликларини тарқалишига таъсири бўйича жуда кўплаб маълумотлар йиғилган (Выдров А.С., 2015).

Ҳозирга қадар Оролбўйи худудига офтальмологик касалликларнинг тарқалиши бўйича чуқур эпидемиологик тадқиқотлар олиб борилмаган.

Тадқиқот мақсади. Оролбўйи аҳолисида кўз ва унинг ёрдамчи аъзолари касалликларини учраш ҳолатини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. 2009-2019 йиллар давомида даволаш профилактика муассасаларининг Қорақолпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш бош бошқармасига тақдим этган статистик ҳисоботлари, ҳамда Беруний ва Тўртқўл туман тиббиёт бирлашмаларидан танлаб олинган 200 та амбулатор карта маълумотларидан манба сифатида фойдаланилди. Умумий ва бирламчи касалланиш 100000 аҳолига нисбатан таҳлил қилинди

Тадқиқот натижалари. Биз Қорақолпоғистон Республикаси худудига 2009 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда кўз ва унинг ёрдамчи аъзоларининг умумий ҳамда бирламчи касалланишини таҳлил қилдик. Унга кўра, сўнгги 11 йил мобайнида ушбу касалликлар бўйича умумий касалланиш ҳар 100000 аҳолига 1888 дан 2617 гача, яъни 39% га, бирламчи касалланиш эса 974 дан 1641 гача, яъни 68,5% га ошганлиги аниқланди. Бу иккала ҳолатда ҳам касалланишнинг динамик равишда кўпайиб бориши кузатилди. Бошланғич йиллардаги ва сўнгги йиллардаги маълумотлар орасидаги тафовут Стъудент мезони бўйича сезиларли эканлиги аниқланди.

Мазкур худуд офтальмопатологияларнинг умумий ва бирламчи аниқланиши йиллар сари динамик ошиб бориши кузатилсада, касалликларнинг таркибий тузилмаси ўзгаришсиз сақланган, яъни 1-ўринда конъюнктив асасликлари 22,0%-52,4% ҳолда, шундан асосий қисмини турли этиологияли конъюнктивитлар (17%-47%); 2-ўринда рефракцион бузилишлар 36,4%-54,4%, хусусан миопия 10%-19%; 3-ўринда кўз гавҳари касалликлари 6,1%-18,2%, хусусан қарилик катарактаси 5,2%-7,7% ни, глаукома 3,1%-8,5%, шундан бирламчи очик бурчакли ва бирламчи ёпик бурчакли глаукома деярли бир хилда кузатилиши (0,3%-1,7%) аниқланди.

Сўнгги 11 йил давомида куйидаги касалликларнинг бирламчи аниқланишини динамик тарзда ошаётганлигини кўриши мумкин: турли этиологияли конъюнктивитлар бошланғич кўрсаткичга нисбатан 9,6 марта, птеригиум 4,2 марта, асоратли катаракта 2,8 марта, миопия 1,8 мартага ошган. Шу ўринда конъюнктивит ва птеригиум билан оғриган беморлар амбулатор карталари таҳлилида кўз қизариши ва эт ўсишидан ташқари “курук кўз” синдромига хос бўлган ачишиш, “кум тикилиш” ва “куруклик” ҳисси каби шикоятлар билан кўп мурожаат қилганликлари (65,2%) кузатишган. Птеригиумли беморлар таҳлилида қайталанган ҳолатлар 54,2% ни ташкил қилди. Бу кўрсаткич Республиканинг бошқа ҳудудларида 20% дан 46% гача кузатилади (Билалов Э.Н., 2010).

Хулоса. Шундай қилиб, Оролбўйи ҳудудидида кўз касалликлари бўйича умумий ва бирламчи касалланиш йил сари ошиб бормоқда, бу, асосан, конъюнктивит, птеригиум, асоратли катаракта ва миопия касаллиги зиммасига тўғри келади.

Ҳудудда кўз олд юзаси касалликларининг ошиб боришини атроф муҳит ифлосланишининг кучайиб бориши ҳамда мазкур касалликларнинг анъанавий даво ва профилактик чора тадбирларга чидамли эканлиги билан изохлаш мумкин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТГВ ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

*Безлепкин Ю.А., Сонькин И.Н., Гусинский А.В., Фионик О.В., Мельник В.Ю.,
Рахматиллаев Т.Б., Крылов Д.В., Атабеков А.И., Уртеев О.В.
Санкт-Петербург, Россия*

Цель: Оптимизировать результаты лечения илеофemorального тромбоза.

Материалы и методы: Проанализированы 52 случая проксимального ТГВ, распространяющиеся выше паховой складки. Больные разделены на 2 группы 1 группа с проведенным тромблизисом 2 группа консервативного лечения. Тромблизис проводился транскатетерным способом урокиназой. Оценка эффективности тромболитической терапии проводилась в раннем периоде на основании ангиографической картины, в позднем на основании УЗДГ. Эффективность тромблизиса оценивалась по степени лизиса сгустка. Предложено разделение на 3 степени: 1 степень – полный лизис сгустка, 2 степень – лизис сгустка от 50% до 99%, 3 степень – лизис сгустка менее 50%. Отдаленные результаты оценивались через 1 год после проведенного лечения по наличию признаков ПТБ. Наличие ПТБ оценивалась оп шкале Vilalta.

Результаты: Установлено, что группе катетерного тромблизиса ПТБ развилась в 5 случаях, 17,9%; (6,1; 36,9), тогда как в группе консервативного лечения в 18; 58,1%; (39,1; 75,5), ($p=0.003$), различие статистически значимо ($p=0.003$).

Также при оценки медианы баллов шкалы Vilalta в 1 и 2 группе через год после лечения составило 2 (1; 3) и 5 (3; 6) баллов соответственно. Различие медиан значимо, и составило 3 балла ($p=0.0006$). Установлено, что в группе тромблизиса 3 степень лизиса отмечена в 14% случаев, лизис 2 степени достигнут в 80%, лизис 3 степени в 6% случаев.

Выводы: Таким образом, тромболитическая терапия подвздошного сегмента приводила к статистически значимому снижению риска развития ПТБ через 1 год после лечения. Также не было отмечено ни одного случая ПТБ тяжелой степени в группе тромболитической терапии. Тромболитическая терапия приводит к эффективному лизису тромба в раннем периоде. Необходимо дальнейшее сравнение эффективности тромболитической терапии ввиду малой выборки пациентов.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ

*Бектемирова Н.Т., Расулов А.Д.
Ташкентская медицинская академия*

Успехи хирургии тесно связаны с развитием науки об обезболивании. В современной офтальмологии местные анестетики, используемые анестезии глазного яблока, занимают значительное место в лечебных манипуляциях, при хирургических и лазерных вмешательствах.

Цель исследования: Изучить влияние наиболее часто применяемых анестетиков при ретробульбарной блокаде на состояние микроциркуляции глаз при офтальмологических операциях.

Материал и методы. Исследования выполнены у 106 оперированных больных с диагнозом катаракта (приобретенная). Больным в изучаемых группах выполнены следующие операции: экстракция катаракты, экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ЭЭК с ИОЛ), тональная Экстракция катаракты (ТЭК), факэмульсификация катаракты (ФЭК). Возраст больных в изучаемых группах колебался от 50 до 86 лет. Более половины (84 больных – 79,2%) из них были в возрасте от 60 до 80 лет. Средний возраст составил 69,6±5,3 лет. При распределении больных по полу из 106 больных женщин было 66 (62,3%) и больные мужского пола – 40 (37,7%). Больных в зависимости от применяемого местного анестетика для ретробульбарной блокады разделили на три группы. I группу составили больные, которым в качестве местного анестетика применяли 2-4% новокаин, во II группе использовали 2-4% раствор лидокаина, а в III группе для проведения проводниковой анестезии применили 0,5% раствор бупивакаина. Для исследования внутриглазной гемодинамики использовали ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), которая осуществлялась им. УЗДГ проводилась на ультразвуковом доплерографе фирмы «Kransbuhler» при частоте излучения 4 и 8 МГц в непрерывном режиме. Методику использовали (Харлап С. И., 2003) для визуализации кровотока в центральной артерии сетчатки (ЦАС). Регионарную блокаду во всех изучаемых группах выполняли по методике, предложенной Дж. Морган, С. Михаил (1998). Блокаду лицевого нерва мы проводили по ванн Линту.

Результаты и их обсуждение: С целью сравнительного изучения влияния отдельных местных анестетиков на показатели гемодинамики ЦАС мы сопоставили изучаемые данные по группам. Если систолическая скорость кровотока в I группе до и после анестезии новокаином увеличивается на 3,5%; то во II и III группах составляет 13,8% и 15,4% соответственно. Увеличение конечно-диастолической скорости в ЦАС, если сопоставить по группам, до и после

блокады на этапах исследования соответственно составило 7,9%; 10,2% и 60,9%. При сравнении изменений индекса циркуляторного сопротивления в изучаемых группах отмечали следующее: в I группе уменьшение тонуса резистивных сосудов после анестезии составило 25%, во II и III группах – 37,5% и 55,5% соответственно.

Выводы: Таким образом, по своей мощности, изучаемые нами анестетики, можно распределить в следующем порядке: новокаин – лидокаин – бупивакаин. При проведении хирургических операций, требующих глубокой длительной анестезии, может использоваться 0,5% бупивакаин - препарат с выраженными анестезирующими свойствами. Так же надо отметить, что в наибольшей степени улучшалась скорость кровотока при ретробульбарной блокаде бупивакаином, которая превосходила эти же показатели у больных I и II групп, что доказана ультразвуковой доплерографией ЦАС.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН Фойдаланиш Самарадорлиги

Бердиев. Э.А., Салимов. Ш.Т.

Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали

Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал хирургия илмий-амалий маркази

Муаммони долзарблиги: Ўткир аппендицит билан касалланиш даражаси умумий касалланишни 0,1–0,6% ни ташкил этиб, бу эса барқарор пасайиш тенденциясига эга. Шунинг учун бу касаллики даволаш ва диагностика усуллари такомиллаштиришни тақозо этади. Диагностик хатолар, “асоссиз” операциялар бажарилишига олиб келади. Ўткир аппендицит турларининг операциядан олдинги диагностикасига ўрганишга бўлган қизиқишлар сусаймайди. Эндовидеолапароскопия технологияси жуда самарали кам инвазив амалиёт бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: эндовидеолапароскопик аппендэктомиядан фойдаланишнинг иқтисодий самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва текшириш усуллари: 2011-2018 йилларда Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий марказига ётиб даволанган беморларининг икки гуруҳи даволаш натижаларини жинси ва ёшига қараб таққосланди. Асосий гуруҳда ўткир аппендицит ташхис билан эндовидеохирургик усулда операция қилинган беморлар қиради. Назорат гуруҳига эса, анъанавий усулда операция қилинган беморлар олинган. Асосий гуруҳда 217 нафар бемор операция қилинган. Патоморфологик ҳулосага кўра, 150 (69,12%) нафар беморларда ўткир флегмоноз аппендицит, 66 (30,41%) нафар беморларда эса ўткир гангреноз аппендицит ташхиси қўйилди ва 1 (0,46%) нафар беморда эса оддий аппендицит ҳулосаси берилган. Беморларда перитонит аломатлари 71,23% ҳолатларда юзага келган. 18 нафар беморларда операция жараёнида тўскинлик қиладиган техник қийинчиликлар ва чувалчангсимон ўсимта кўричак орқа деворига битишмалар ҳисобига ёпишиб кетганлиги ва атроф тўқималарни инфильтратив ўзгаришлари туфайли лапароскопик усулдан анъанавий усулга ўтилди. Операциядан кейинги даврда асоратлар 2(0,46%) ҳолатларда кузатилиб, чувалчангсимон ўсимта туткичидан ва чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи етишмовчилиги сабаб қон кетиш аломатлари кузатилган. Назорат гуруҳида 2973 нафар беморларда хирургик амалиётлар бажарилган. Ўткир флегмоноз аппендицит ташхиси билан 1263 (42,48%) нафар беморлар, ўткир гангреноз аппендицит ташхиси билан 724 (24,35%), нафар беморлар ва оддий аппендицит ташхиси билан 184 (6,18%) нафар беморларга ташхис қўйилган. 239 (8,03%) нафар беморларда чувалчангсимон ўсимтани иккламчи ўзгарилиши аниқланган. Беморларда перитонит аломатлари 667,8% ҳолатларда кузатилган. Операциядан кейинги даврда операцион жароҳатнинг йиринглаши ва жароҳатни иккламчи битиши 127 (4,2%) нафар беморларда кузатилди.

Қорин бўшлиғидаги операция муолажаларини янги замонавий видеоэндоскопик технологиялар ёрдамида бажарилгандан сўнг, операциядан кейинги асоратлар сони 4 барабар камайиши кузатилди. Шунингдек беморнинг шифохонада ётиб даволаниш куни қисқаришига олиб келади

Ҳулоса: Эндовидеолапароскопик технологиялар ёрдамида аппендэктомия амалиётларини бажариш юқори клиник самарадорликка эга. Ўткир аппендицитни ташхислашда қийинчиликлар туғилганда диагностик лапароскопия ўтказиш ва шу билан бирга асосиз, беҳуда аппендэктомия амалиётлар сонини камайтиришга эришилади.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ЕГО ОБСТРУКЦИИ

Бобоев Р.А., Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., Хамраев О.А., Хужамбердиев У.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить морфологические изменения мочеочника при его частичной обструкции.

Материал и методы. Экспериментальное исследование на собаках при помощи латексного баллона-экспандера и растяжение мочеочника после моделирования частичной обструкции. Морфологическому исследованию подверглись мочеочник, лоханка и паренхима почки собак сразу после умерщвления на 85-90 сутки.

Результаты исследования показали, что растяжение частично суженного мочеочника вызывает существенные изменения его стенки. Эти изменения особенно выражены в слизистой оболочке. Они заключаются в повреждении и частичном нарушении целостности эпителиальной выстилки. Однако эпителиальная выстилка на большей части своей протяжённости сохраняет многослойность. Сканирующая электронная микроскопия также показала, что при частичной обструкции мочеочника имеет место нарушение эпителиальной выстилки. В ней появляются глубокие щели. Поверхность эпителиоцитов становится шероховатой. На поверхности эпителиальной выстилки определяются единичные форменные элементы крови и небольшие пряди фибрина. Однако в целом эпителиальная выстилка сохранена.

Обнаруженные морфологические изменения в стенке мочеочника свидетельствуют о поверхностной альтерации переходного эпителия, частичная фрагментация сохранившихся мышечных пучков мышечной оболочки при адаптивной васкуляризации является структурной основой для восстановления нарушенной сократительной способности мочеочника.

Вывод. Метод продольного растяжения мочеточника является эффективным способом для выполнения реконструктивных операций, устраняющих проблему дефицита его длины при частичной его обструкции.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Бозарова Ф.Ф., Урманбаева Д.А., Сотволдиев К.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Основы современной лекарственной терапии РМЖ были заложены более века назад. Положительный эффект от этого вмешательства отмечался у каждой третьей больной. Вторым важнейшим компонентом лекарственного лечения РМЖ - химиотерапия появилась значительно позднее, чему способствовали испытания газового оружия во времена второй мировой войны. Первые алкилирующие агенты были компонентами газового оружия. С тех пор более 80 цитостатических препаратов были тестированы у больных метастатическим раком молочной железы и более 20 используются в настоящее время в клинической практике.

Цель исследования. Изучить влияние удаления первичной опухоли на выживаемость больных первично - диссеминированным раком молочной железы (ПДРМЖ) с ECOG 0, 1.

Материал и методы исследования. Проанализировано 938 амбулаторных карт и историй болезни больных ПДРМЖ, наблюдавшихся в АОД, за период 2010г. по 2017г. Из них удаление первичной опухоли выполнено 91 пациентке (1 группа) и подобрана по методу случай-контроль (2 группа -106 пациенток) идентичная по возрасту, ECOG, менструальному статусу, биологическим характеристикам опухоли (РЭ, РП, Her2/neu), проводимой химиотерапии, которым хирургическое лечение не проводилось.

Результаты исследования. Удаление первичной опухоли достоверно увеличивает ОВ (двухлетняя: с операцией - 71,1%, без операции - 57,2%, $p<0,05$) и ВБП (двухлетняя: с операцией - 56,2%, без операции -31,1%, $p<0,024$) больных ПДРМЖ, особенно в случаях, когда хирургическое вмешательство выполняется после эффективного системного лечения ($p<0,019$). У больных с метастазами только в кости ($n=46$) удаление первичного очага улучшает ВБП (двухлетняя: с операцией $n=20$ - 55,2%, без операции $n=26$ - 36,5%, $p<0,047$; ОВ имеет тенденцию к улучшению, однако - $p>0,05$). При поражении только легких ($n=22$) хирургическое лечение увеличивает двух- (с операцией $n=14$ - 76,9%, без операции $n=8$ - 62%) и трехлетнюю.

ВБП (66,6% и 60%, соответственно, $p<0,05$; ОВ - $p<0,41$). Хирургическое вмешательство у больных ПДРМЖ с поражением только печени ($n=33$) увеличивает ОВ (двухлетняя: с операцией $n=19$ -63,3%, без операции $n=14$ - 48,5%, $p<0,05$; ВБП - $p>0,05$). Удаление первичной опухоли в случаях метастатического поражения одного органа ($n=128$) улучшает ОВ (двухлетняя: с операцией $n=65$ - 79%, без операции $n=63$ - 62,4%, $p<0,0258$) и ВБП (двухлетняя: 60,8% и 39,6%, соответственно, $p<0,0094$), по сравнению с метастазами нескольких локализаций ($n=69$, ОВ и ВБП - $p>0,05$). Лучшие показатели ОВ и ВБП зарегистрированы в группе больных, которым выполнено удаление первичной опухоли «люминальным -А» подтипом.

Вывод. Таким образом, в последние годы сохранялась общая тенденция в лечении диссеминированного РМЖ - переход от максимально переносимого к минимальному эффективному объему. Важнейшей чертой современных исследований по-прежнему остается стремление к индивидуализации терапии, в основе которой лежит все более глубокое понимание молекулярно-биологических основ канцерогенеза и использование новейших достижений современной науки.

ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Бозоров Н.Э., Нишонов Ф.Н., Алибоев М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в реконструктивно-пластической хирургии, в настоящее время лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами остается до конца нерешенной проблемой. Это обусловлено тем, что после выполненной традиционными способами пластики с использованием различных местных тканей, основанных на насильственном стягивании краев грыжевых ворот, далеко не всегда обеспечивается благоприятный исход, поскольку эти методы не физиологичны, причем основной их недостаток заключается в формировании натяжения местных тканей, что ведет к частому 10-25 %) рецидиву болезни.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения вентральных грыж живота путем использования протезирующей методики Sublay.

Материал и методы. За период с 2017 г. по 2020 г. нами выполнено 85 операций с пластикой по методике Sublay. Соотношение пациентов по полу: мужчин – 32 (37,6%), женщин – 53 (62,4%). Оперированных ранее пациентов – 74 чел., неоперированных – 11. Согласно классификации EHS: 1) по количеству ранее перенесенных герниопластик: R0 – 52 пациентов (61%), R1 – 23 (27%) R2 – 10 (12%); 2) по ширине дефекта: W1 – 55 пациентов (64,7%), W2 – 25 (29%), W3 – 4,7 (6%), W4 – 1 (1,6%). Средний возраст прооперированных – 53 года (27-78 лет).

В свое работе мы используем полипропиленовые сетки преимущественно следующих производителей: ЭргонЭст («Эргомэш» 15*10, 20*30 и 30*30 см тяжелые (впоследствии отказались от них) и облегченные), - Grena (20*30 и 15*15см облегченные), Фиатос («Мономэш» 15*10 и 20*30 см, аутодермальной лоскут ГБО).

Разработанный нами метод осуществляется следующий образом. Двумя окаймляющими разрезами в проекции грыжи рассекают кожу с подкожной клетчаткой, выделяют грыжевой мешок до грыжевых ворот. Выполняется выделение грыжевого мешка и при необходимости адгезиолизис. Вскрываются влагалища прямых мышц живота. После ушивания их задних листков а в нижнем этаже брюшной полости – брюшины с поперечной фасцией, сетчатый имплантат или

аутодермальный лоскут располагается в сформированном едином ретромускулярном (позади прямых мышц) пространстве. Производим обязательную фиксацию его одиночными узловыми шелковыми швами в 6-8 точках с контролем глубины вкола и оставлением дренажной трубки. Часто срединные вентральные и пупочные грыжи сопровождаются развитием диастаза прямых мышц живота. В этих случаях необходимо не только устранить грыжу, но и восстановить правильные анатомические соотношения тканей, ликвидировав диастаз прямых мышц. Наилучшим способом для этого является применение сетчатого паллотрансплантата по методике Sublay, которая не развивается натяжением тканей. Для профилактики скопления жидкости в подкожной клетчатке дополнительно устанавливаем дренажную трубку с боковыми отверстиями для воакумаспирации с удалением после прекращения отделенные.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность операции составила 60 мин. (30-80 мин.). Значимых интраоперационных осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде клинически заметных сером не наблюдали. УЗИ зоны послеоперационной раны при выписке стандартно не выполняем. В 2 случаях (2,3%) при выделении грыжевого содержимого потребовалась расширенная резекция большого сальника (при дефектах W2-3). В 3 случаях (3,5%) отмечены гематомы мягких тканей послеоперационной раны, которые лечились консервативно. В обоих случаях использованной методики Sublay (2 пациентов с дефектами W4), отмечено образование сером в подкожно-жировом кармане по ходу послеоперационного рубца на амбулаторном этапе лечения, которые в дальнейшем потребовали повторных госпитализаций (один пациент госпитализировался 2 раза), пункций и вакуум-дренирования для их ликвидации. Ни в одном случае использования аллопластики по выше указанной методике не наблюдали инфицирование тканей. Во всех случаях в послеоперационном периоде в целях обезболивания использовали НПВС и наркотические анальгетики (обычно первые двое суток) при дефектах W2-W3, затрагивавших 2 и более зоны по линии М. Средняя длительность лечения составила 8 койко/дней. Летальных исходов не было.

Выводы. Таким образом, примененная методика расположения сетчатого имплантата Sublay позволяет восстанавливать анатомо-функциональное состояние белой линии живота и прямых мышц передней брюшной стенки без значительного уменьшения объема брюшной полости и уменьшить число послеоперационных раневых осложнений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

*Бутабоев Б.Б., Журабоев К.О., Саттибоев И.И., Таиматова Ю.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. В общемировом масштабе, по оценкам, паллиативная помощь необходима в 40–60% всех смертельных случаев.

Большинство взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи, имеют хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания (38,5%), рак (34%), хронические заболевания органов дыхания (10,3%), СПИД (5,7%) и сахарный диабет (4,6%).

Ежегодно примерно 20 миллионов человек нуждаются в паллиативной помощи в последний год своей жизни, при этом еще большему числу людей требуется паллиативная помощь до наступления последнего года их жизни. Из этого числа людей, нуждающихся в паллиативной помощи, 78% живут в странах с низким и средним уровнем дохода. Что касается детей, то 98% тех, кто нуждается в паллиативной помощи, живут в странах с низким и средним уровнем дохода, при этом почти половина из них живет в Африке.

Цель исследования. Определить имеющиеся виды поддержки и ресурсы; разработать и осуществить план оказания помощи, основанный на потребностях пациента

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 25 до 97 лет, из них женщины составили 56,39% (средний возраст 62 года), мужчины – 43,61% (средний возраст 64 года).

Результаты исследования. Среди всех опрошенных пациенты 4 клинической группы составили 50,17% Наличие отдаленных метастазов выявлено при постановке диагноза у 34,44%, на момент опроса – у 51,51%

Структура опрошенных по локализации ЗНО: молочная железа - 20,00%; трахея, бронхи, легкое - 12,60%; прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус - 8,90%; предстательная железа - 8,80%; желудок - 7,40%, ободочная кишка - 5,70%. ЗНО с множественной локализацией составили 2,40% от общего числа пациентов.

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об incurability заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют:

- врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи, выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов, отделений паллиативной медицинской помощи,
- Врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об incurability заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Вывод. Направление пациентов, за исключением больных злокачественными новообразованиями, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Бутабоев М.Т., Бутабоев Ж.М., Усмонов Х.К., Ганижонов Ж., Усмонов Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем в лечении больных эхинококкозом печени являются случаи центральной локализации эхинококковых кист (ЭК) и контакте с крупными сосудисто-секреторными элементами печени. Большинство из используемых в настоящее время физических методов антипаразитарной обработки не могут гарантировать безопасность при работе на магистральных сосудисто-секреторных элементах. На основании большого экспериментально-клинического материала было доказано, что криохирургический метод безопасен для крупных сосудов и может быть использован в лечении эхинококковых кист расположенных в воротах печени.

Однако существующие способы криохирургического лечения эхинококкоза печени с локализацией кист в воротах печени имеют ряд недостатков, что ограничивает использование криометода в данной ситуации. Это требует разработки нового способа криовоздействия, лишённого указанных недостатков.

Цель исследования. Поиск возможностей пути реабилитации хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем оптимизации предоперационной подготовки и выбора адекватных способов операций.

Материалы и методы исследования. В послеоперационном периоде при помощи КТ и МРТ обследовано 11 больных после резекций печени и 12 пациентов после открытой эхинококкэктомии криодеструкции и абдоминализации остаточной полости.

Для определения чувствительности и специфичности КТ (МРТ) при эхинококкозе печени были использованы результаты исследований у 218 больных с очаговыми образованиями печени.

Эзофагогастродуоденоскопия выполнена 101 больному для изучения состояния желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования. Высокоинформативным методом диагностики и реабилитации раннего выявления послеоперационного рецидива эхинококкоза является разработанный нами серологический метод, который по своей чувствительности и специфичности имеет ряд существенных преимуществ перед ранее известными (РЛА, РНГА, ВИЭФ, ИХЛ): он более прост в постановке, доступен для лечебных учреждений, является экспресс-методом, безвреден и позволяет диагностировать и дифференцировать незамеченные неинвазивными методами болезни, а также в ранние сроки рецидивный эхинококкоз.

Наиболее часто встречающимися осложнениями эхинококкоза печени являются нагноение кисты (72,4%), прорыв кисты в желчные пути (14,7%), а также обызвествление (5,3%), прорыв кисты в грудную полость (1,1%) и в свободную брюшную полость (0,8%). Осложненный эхинококкоз печени сопровождается разрушением гепатоцитов и развитием билиарной недостаточности, способствует проксимальному перемещению микроорганизмов по желчным и лимфатическим путям.

Главным ориентиром в диагностике начальных стадий развития печеночной недостаточности является одновременное выявление морфологических и биохимических изменений клеток и тканей печени. Ультразвуковая доплерография и клиничко-лабораторные исследования крови у больных, осложненным эхинококкозом, информативны лишь при развитии более глубоких изменений в печени.

Электронно-микроскопическое исследование печени больных с осложненными формами эхинококкоза показало, что изменения в ультраструктуре клеток печени не являются деструктивными, а оцениваются как проявление компенсаторно-адаптационных процессов, направленных на усиление детоксикационных возможностей печени.

Дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляют ведущими звеньями в комплексе предоперационной подготовки больных осложненным эхинококкозом.

Наиболее рациональными методами при осложненном эхинококкозе печени механической желтухой являются ЭПСТ и назобилиарное дренирование, которые позволяют разрешить холестаз в течение 8-10 суток и выполнить радикальное оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях.

В патогенезе посрезекционных пищеводно-желудочных кровотечений, ведущее место отводится развитию транзиторной портальной гипертензии. Для реабилитации и профилактики транзиторной портальной гипертензии и пищеводно-желудочных кровотечений целесообразно применение разработанных хирургических и медикаментозных методов профилактики.

При осложненном (нагноение, обызвествление), рецидивном и резидуальном эхинококкозе, наиболее эффективным методом лечения является экономная резекция печени.

Применение индивидуализированной хирургической тактики с учетом характера осложнений, возраста и резервных возможностей печени, позволило существенно снизить послеоперационную летальность с 8,0% до 4,4%, а осложнения с 20,5% до 12,9%.

Вывод. Разработана методика антиген-серологической диагностики рецидивного эхинококкоза, исследована ее диагностическая ценность.

Внедрение полученных результатов в клиническую практику расширяет возможности магнитно-резонансной томографии в дифференциальной и топической диагностике осложненного эхинококкоза печени. Определены критерии дифференциальной диагностики осложненного эхинококкоза и других очаговых поражений печени. Уточнена методика скрининга и диагностики осложненного эхинококкоза печени.

Определены пути профилактики и реабилитации скрытой печеночной недостаточности при осложненном эхинококкозе. Определены критерии применения эндохирургии в лечении эхинококкоза печени и в послеоперационной видеоскопии остаточной полости.

Доказана целесообразность выполнения резекции печени с максимальным сохранением функционирующей паренхимы при осложненном эхинококкозе печени.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Бутабоев М.Т., Усмонов Х.К., Бутабоев Ж.М., Ганижонов Ж., Усмонов Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. До настоящего времени единственным радикальным методом лечения эхинококкоза печени является оперативное вмешательство. Однако способы и результаты хирургического лечения сегодня в полной мере не могут удовлетворить клиницистов. Существенно и то, что частота послеоперационных осложнений и рецидивов эхинококкоза продолжает оставаться высокой без тенденции к снижению.

В значительной мере это обусловлено отсутствием дифференцированного подхода к выбору доступа и способа операции в зависимости от стадии и локализации кисты печени. Неразрешенной до настоящего времени является и проблема ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии, отсутствуют сведения относительно возможностей применения пункционного метода лечения эхинококкоза печени.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения, снижение частоты осложнений и летальности путем совершенствования методов реабилитации диагностики и хирургического лечения больных эхинококкозом печени.

Материалы и методы исследования. Клинический раздел работы основан на изучении 282 больных, оперированных по поводу различных форм эхинококкоза печени. Из них мужчин было 110 (39%), женщин -172 (61%). Возраст колебался от 15 до 72 лет, среда них преобладали лица молодого и среднего возраста (81,6%).

Результаты исследования. При осложненных формах эхинококкоза печени (нагноение, прорыв кисты в желчные пути, обтурационная желтуха) отмечается трехкратное повышение активности сывороточных гепатоспецифических ферментов – глутамат-аспартат-трансаминазы, свидетельствующее о значительном поражении паренхимы печени.

Уже на ранних стадиях заболевания при небольших размерах кисты (2-3 см) отмечается резкое повышение продукции супероксида нейтрофилами, которое может быть положено в основу нового иммуно-химического диагностического теста.

Последовательное комплексное использование клинико-биохимических, иммунологических и инструментальных методов диагностики на основе разработанного алгоритма позволяет повысить точность диагностики до 99,1% и сократить сроки обследования больных эхинококкозом печени в 2 раза.

Выбор метода хирургического лечения больного эхинококковым печени зависит от локализации кист их размера и числа, стадии развития и характера осложнения: при неосложненном эхинококкозе печени оптимальным методом операции является закрытая эхинококкэктомия, при нагноении одиночных эхинококковых кист - пункционный способ, при краевом и поверхностном расположении - идеальная эхинококкэктомия или резекция печени (краевая, атипичная), при обызвестлении стенок кист - перикистэктомия.

Ликвидация небольших остаточных полостей после эхинококкэктомии оригинальным способом с использованием пломбировочного биоматериала позволяет снизить травматичность вмешательства за счет сокращения времени операции и исключения опасности повреждения внутрипеченочных сосудов и желчных протоков.

Вывод. Таким образом, разработанная нами система дифференцированного рационального подхода к выбору диагностических и лечебных мероприятий позволяет существенно улучшать результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени.

Своевременная реабилитация и ранняя диагностика за счет рационального использования современных инструментальных методов исследования, а также выбор адекватного доступа даже при труднодоступных локализациях эхинококка печени позволил нам повысить число радикальных операций до 86% и снизить летальность до 0,53%.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ С ЦЕЛЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Бутабоев М.Т., Усмонов Х.К., Ганижонов Ж., Усмонов Э., Бутабоев Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время основным способом лечения эхинококкоза печени является удаление паразитарной кисты хирургическим путем. Использование антипаразитарных химиотерапевтических средств далеко не всегда приводит к успеху, при этом даже гибель паразитарной кисты в результате консервативного лечения может сопровождаться осложнениями, которые требуют хирургического лечения.

Вопросы интраоперационной хирургической тактики широко обсуждаются в научной литературе и не имеют однозначного решения. Сегодня большинство хирургов отдают предпочтение менее радикальным хирургическим способам лечения, чаще всего закрытой или открытой эхинококкэктомии. Доля операций с радикальным удалением не только паразита, но и окружающей его соединительнотканной оболочки, невелика и составляет 3,8–30 %.

Таким образом, сложности диагностики, существующая неоднозначность тактических решений, высокая частота неудовлетворительных ближайших и отдаленных результатов лечения подчеркивают актуальность анализа лечебно-диагностического алгоритма при эхинококкозе печени и являются основанием для выполнения данной работы.

Цель исследования. Улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения первичного эхинококкоза печени путем оптимизации программы реабилитации и комплексной диагностики.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ результатов лечения 88 пациентов с первичным эхинококкозом печени, находившихся на лечении в клинике АГМИ с 2017-го по 2020-й г. Мужчин было 56 (63,6 %), женщин - 32 (36,4 %) (соотношение 1,75 : 1).

Результаты исследования. С целью сравнительного анализа результатов проведенного лечения больные были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Контрольная группа включала 43 больных с первичным эхинококкозом печени. Основную группу составили 45 больных.

В основе деления на группы лежит внедрение в практику хирургии печени современных технологий: ультразвукового фрагментатора-аспиратора "CUSA Excel-8", ультразвукового скальпеля "Ultracision", электротермического аппарата "LigaSure", гемостатического покрытия «Тахокомб», хирургического скальпеля «С-350РЧ Аллигатор» с аргон-усиленной коагуляцией, а также ультразвуковой интраоперационной навигации с использованием УЗ-аппарата "ProFocus".

Данные технологии направлены на безопасное и практически бескровное сечение паренхимы печени, улучшение визуализации и выделения сосудисто-секреторных структур (желчные протоки, артерии, вены), оптимизацию процессов били- и гемостаза, что позволило нам в конечном итоге изменить тактические подходы к выбору объема операции, отдавая предпочтение перикистэктомии и резекции печени.

Для рандомизации исследования разработаны критерии включения пациентов в группы наблюдений:

1. Первичный эхинококкоз печени вне зависимости от количества кист и фазы развития паразита.
2. Отсутствие в анамнезе указаний на ранее проводимые хирургические вмешательства для лечения эхинококкоза.
3. Отсутствие признаков внепеченочного распространения эхинококковой болезни. Клинические проявления заболевания имелись у 34 (79 %) в контрольной группе и 37 (82,2 %) - в основной группе. Основные клинические проявления: абдоминалгия - у 67, аллергические реакции - у 17, желтуха - у 2, явные или субклинические проявления синдрома эндотоксикоза - у 34. Длительность анамнеза: до 6 мес. - 22 (25 %), 6 мес. - 1 г. - 19 (21,6 %), более 1 г. - 30 (34,1 %). Бессимптомная (доклиническая фаза болезни) у 9 (20,9 %) и 8 (17,8 %) соответственно.

Клиническая симптоматика исследуемых больных характеризовалась общей слабостью и утомляемостью, снижением трудоспособности, чувством тяжести, постоянными давящими болями в правом подреберье и надчревной области, усиливающимися при физической нагрузке, симулируя картину гастродуоденита и холецистита.

Вывод. Разработан поэтапный диагностический алгоритм диагностики первичного эхинококкоза печени.

Обоснован выбор оптимального объема оперативных вмешательств в зависимости от локализации и биологии паразитарной кисты. Усовершенствована техника били- и гемостаза, позволяющая исключить послеоперационные осложнения, связанные с неэффективным гемостазом, и уменьшить общую частоту послеоперационных осложнений.

Резекция печени у больных с первичным эхинококкозом показана при локализации паразитарной кисты во II и III сегментах, субтотальном замещении доли кистой (кистами), а также при поверхностном и краевом расположении кисты.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ. ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Бутабоев М.Т., Усмонов Х.К., Бутабоев Ж.М., Ганижонов Ж., Усмонов Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хирургическое лечение эхинококкоза печени предусматривает несколько вариантов эхинококкэктомии закрытой, полузакрытой, открытой, цистопери-цистэктомии и резекции печени (РП). Выполненная традиционными способами эхинококкэктомия (закрытая, полузакрытая, открытая) сопряжена с высоким риском нагноения остаточной полости, зачастую поддерживаемого гнойно-желчным свищем и длительным течением послеоперационного периода.

Более того, при осложненном варианте эхинококкоза, когда деструкция кутикулярной оболочки и частично фиброзной капсулы создает условия для миграции дочерних клеток за пределы гидатиды в ткань печени, выполнение вышеприведенных операций чревато высоким риском рецидива заболевания.

Цель исследования. Улучшение результатов резекции печени при эхинококкозе путем совершенствования техники и применение эффективных методов борьбы с гнойно-воспалительными осложнениями.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов 83 резекций печени при эхинококкозе, оперированных в клинике АГМИ с 2017 по 2020 гг.

Результаты исследования. Резекция печени при эхинококкозе показана при одиночных и (или) множественных кистах, занимающих от сегмента до более половины органа, оставляющих после традиционной эхинококкэктомии сложно корригируемую полость, желчные свищи и ригидную фиброзную капсулу независимо от стадии развития паразита.

Резекция печени осуществляется с соблюдением мер бескровного разрушения парафиброзной паренхимы, сосудисто-секреторных структур аспиратор-диссектором под контролем интраоперационной ультразвуковой эхолокации.

Профилактика внутри- и внеорганных диссеминации эхинококкоза достигается исключением пораженной части печени из кровообращения турникетом, одномоментным удалением содержимого кисты гидробомбежным вакуум-отсосом и термической обработкой среза струей горячего воздуха, подаваемого пневмотермокоагулятором. Эффективным способом антибиотикопрофилактики при эхинококкозе печени является внутривенный направленный транспорт антибактериальных препаратов.

Анализ непосредственных и отдаленных результатов резекции печени свидетельствует о высокой эффективности использованных технологий по сравнению с традиционными способами, что способствует сокращению послеоперационных осложнений в 2,7 раза, летальности в 4,8 раза и сроков пребывания больных в стационаре в 1,9 раза.

Вывод. Таким образом, значительная частота послеоперационных осложнений после резекции печени при эхинококкозе обусловила разработку и совершенствование техники резекции.

Выполненная по показаниям резекция печени с использованием соответствующей технологии позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери, снизить продолжительность оперативных вмешательств и минимизирует частоту выполнения повторных оперативных вмешательств по поводу гнойно-воспалительных осложнений, достоверно сокращает частоту специфических послеоперационных осложнений (в 2-7 раза), сроки пребывания больных в стационаре (в 1,9 раза) и летальность (в 4,8 раза), что позволяет изменить хирургическую тактику в отношении столь тяжелого контингента больных.

Однако выполнение резекции печени сравнительно сложнее, требует хорошего знания анатомии, необходимого технического оснащения и остается прерогативой специализированных отделений.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ТУХУМДОН САРАТОНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТОМОНЛАРИ

Валидова А.Ф., Ибраимова М., Туланов Д.Ш., Мамарасулова С.

*Андижон Давлат Тиббиёт Институтин
РИОРИАТМ Андижон филиали*

Муаммонинг долзарблиги: Маълумки, тухумдон хавфли ўсмалари онкогинекология соҳасидаги энг долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Бу эса ҳасталиқнинг аёллар жинсий органлари хавфли усмалари орасида кўп учраши ва ҳасталиқ оқибатидаги ўлим даражаси юқори эканлиги билан тушунтирилади. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида тухумдон саратони аёллар репродуктив органлари хавфли ўсмалари орасида учинчи ўринни эгаллаган ҳолда, онкогинекологик ҳасталиқлар орасида бемор ўлимига олиб боровчи сабаб ҳисобланади. Андижон вилояти аҳолисининг аёллар ўртасида сут бези саратони энг кўп учрайдиган хавфли усма ҳисобланади. Тухумдон саратони онкогинекологик ҳасталиқлар орасида бачадон бўйни саратонидан кейинги иккинчи ўринни эгаллайди. Аммо, сўнги 3 йилда ушбу ҳасталиқ кўрсаткичининг пасайиши кузатилди, бироқ репродуктив ёшдаги аёллар ўртасида касалланиш даражаси ўсиб бормокда. Шу сабадан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон вилояти филиали архив материаллари асосида тухумдон саратони эпидемиологик ҳолати таҳлил қилинди.

Мақсад: Андижон вилояти туманлар миқёсида тухумдон саратони билан касалланиш даражаси эпидемиологик ҳолатини ўрганиш.

Натижалар: Андижон вилояти туманлари бўйича тухумдон саратони ҳасталиғига чалинган барча беморларнинг статистик маълумотлари ва амбулатор карталари таҳлил қилинди ва қуйидаги натижалар олинди: 2016 йилда вилоятда тухумдон саратони ташҳиси билан жами 66 нафар бемор аниқланган, уларнинг асосий қисмини (12 нафар-18,1%) Андижон шаҳар аҳолиси ташкил қилди. 2017 йилда ушбу ҳасталиқ билан 63 нафар бемор аниқланган, яъни 2016 йилга нисбатан 3 нафарга кам. Кўрсаткичлар туман миқёсида ўрганилганда юқори касалланиш даражаси Асака туманида 7 нафар (11,11%) ни ташкил этган бўлса, Жалақудуқ ва Избоскан туманларида 6 нафар (9,57%) ни ташкил қилди. Хонобод ва Улуғнор туманларида бир нафардан (1,5%) бемор тухумдон саратони ташҳиси билан ҳисобга олинган. 2018 йилда 61 нафар аёлга тухумдон саратони ташҳиси қўйилган. Энг юқори кўрсаткич Андижон туманида (12-19,6%) қайд этилган.

Хулоса: Андижон вилояти бўйича 2016-2018 йиллар давомида тухумдон саратони билан касалланиш кўрсаткичи пасайиши кузатилди. Аммо, Бўз (ҳозирда Бўстон) ва Улуғнор туманларида тухумдон саратони аниқланмаслиги ёки кўрсаткичларнинг пастлиги аҳоли ва бирламчи поғона тиббий ходимлари ўртасида олиб борилаётган ишларни янада яхшилаш кераклиги ҳақида ишлар олиб борилиши лозим.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Василевский Э.А., Мусаиайхов Х.Т., Михайлович И.Э., Дадабоев О.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей - хроническая прогрессирующая болезнь. Появляются отеки, трофические изменения голени, нарушаются функции ноги, трудоспособность. Имеющиеся способы лечения ВРВ направлены на компенсацию венозной системы. Необходима компенсация лимфатической системы, которая параллельно вовлекается в патологический процесс. Появляющиеся отеки, утомляемость ног, боли нарушают жизнедеятельность, трудоспособность больных, страдает качество жизни. Проводим лимфатическую терапию через стопу наряду с традиционной терапией, физиотерапевтическими методами. Под наблюдением находилось 26 больных с варикозной болезнью II и III степени женщин-16, мужчин-10, среднего возраста- 35±3,72, давность заболевания 6±2,35 лет. Поражение одной конечности у 16 больных, 2 конечностей имелось - у 10 больных. Диагноз устанавливался на основании клинических исследований, симптомов, определяющих несостоятельность клапанов подкожных и коммуникантных вен, лабораторных исследований, реовазографии, доплерографии, лимфосканирования. Больным проводилась лимфотропная терапия, лимфостимуляция через первый или второй межпальцевый промежуток на стопе пораженной конечности. Вводим медленно, последовательно с промежутком 2-3 минуты новокаин, фурасемид, гепарин, димедрол, антибиотик широкого спектра действия (разовая доза), затем накладываем полуспиртовый компресс. Уже после 2-3 сеансов лимфатической терапии прекращались боли, уменьшались отеки, индурация кожи. Курс лечения составляет 7-8 сеансов. Курсы лечения рекомендуем проводить 2-3 раза в году. В контрольной группе из 10 больных с варикозной болезнью ног, при традиционных методах лечения у больных боли, отеки, трофические нарушения не купировались в течение 20-30 дней и более. Проводимый у больных с ВБ ног способ лимфатической терапии, лимфостимуляции способствует восстановлению функции ног улучшению качества жизни, прекращается утомляемость ног, боли, отеки, судороги, улучшается, восстанавливается трудоспособность.

РЕЦИДИВНЫЕ ГРЫЖИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

*Гуламов О.М., Йигиталиев С.Х., Рузиматов М.Х.
РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова*

Проведенный анализ литературы, посвященной проблемам герниопластики, по-прежнему свидетельствует о высоком проценте различных осложнений лечения грыж, указывая на невысокую эффективность предложенных методов их профилактики и недостаточное внимание хирургов ко многим из этих осложнений. Несмотря на достижения в хирургической технике и производстве протезных материалов, инфекция сетки остается одним из самых сложных послеоперационных осложнений. Новой и малоизученной проблемой протезной пластики вентральных грыж является рецидив после данного способа операций. Каковы особенности парапротезной грыжи, при, казалось бы, самом надежном методе?

Цель: изучить типологические особенности рецидивных грыж, возникающих после аллопластики

Материал и методы. Так, по данным ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» в структуре всех госпитализированных больных с различными видами грыж (3700 пациентов за 2007-2019 гг) на долю рецидивной парапротезной грыжи приходится 2,4% (67 больных), при этом среди группы с рецидивными формами заболевания этот показатель составил - 15,8% (67 из 423 пациентов с рецидивными грыжами). В отделении торакоабдоминальной онкохирургии РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова выполнено 1994 (2007-2019г) протезных пластик. С 2007г по 2019 г наблюдалось 67 (3,3%) пациентов которым ранее выполнена протезная пластика. Все госпитализированы с рецидивом. Мужчин-23, женщин-44. По поводу послеоперационной грыжи ранее оперировано -62, пупочной -1.

Результаты и обсуждение. Согласно данным ультразвуковых исследований и операционных находок, постпротезные грыжи мы делим на: парапротезные когда грыжа выходит из-под какого-либо края протеза (справа, слева, сверху, снизу). Причиной является отрыв протеза. Подпротезная грыжа характеризуется тем, что фиксация протеза по периметру не нарушена. Грыжевой мешок и дефект находятся под протезом. В отличие от этого, при полном рецидиве грыжи протез полностью оторван и сморщен, находится над грыжевым выпячиванием, на поверхности грыжевого мешка. Неправильно выбран размер протеза для имплантации. Грыжевой дефект за пределами протеза. Для внепротезной грыжи характерно нахождение грыжевого выпячивания в стороне от имплантированного ранее протеза. Причина образования грыжи – пропущенный или вновь образовавшийся дефект. Постпротезная грыжа с наличием кожно-протезного свища. Причина образования свища, это длительно существующая и неадекватно пролеченная серома. Использование плетеных нитей для фиксации сетки (шелк, лавсан, и др.).

Во всех случаях ранее выполнялось грыжесечение с пластикой полипропиленовым имплантатом способом “onlay”. Рецидив развился спустя 2-7 лет после герниопластики. Причина позднего обращения больные объясняли боязнью повторного оперативного лечения. У 16 пациентов выполнено полное удаление протеза, в 28 случаях частичное. У 19 пациентов для закрытия дефекта использован ранее установленный имплантат. Репротезирование выполнено у 63 пациентов. К удалению ранее имплантированного протеза и замене его на новый, в основном прибегают в случаях полного его отрыва; отрыва одного из его краев; наличия кожно-протезного свища. При внепротезных грыжах можно воспользоваться вариантом имплантации нового протеза с фиксацией к краю ранее установленного, а при парапротезной грыже можно рекомендовать рассечение старой сетки, ушивание дефекта апоневроза местными тканями и ранее имплантированным протезом с фиксацией поверх него нового протеза. Повторные операции после аллопластики характеризуются выраженным спаечным и инфильтративным процессом в тканях.

Выводы. Таким образом, при постпротезных грыжах тактика хирургического лечения зависит от типа рецидивных грыж, возникших после протезирования передней брюшной стенки: парапротезные и подпротезные, внепротезные грыжи, постпротезная грыжа с наличием кожно-протезного свища. Операция должна выполняться высоко квалифицированным хирургом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С РЕЗЕКЦИЕЙ УЩЕМЛЕННОГО ОРГАНА

*Гуламов О.М., Шаюсупов А.Р., Мухамедов Б.З.
РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова*

Актуальность: В ургентной хирургии ущемленные грыжи занимают четвертое место по частоте оперативных вмешательств. Послеоперационная летальность колеблется от 10 до 40%. Ущемление полых органов (16%-21%), зачастую осложняется острой кишечной непроходимостью, либо некрозом ущемленной петли с развитием перитонита.

Несмотря на сравнительную простоту диагностики ущемленной наружной грыжи живота больные госпитализируются позже 12 часов от начала заболевания, при наличии явных признаков острой кишечной непроходимости (ОКН), а летальность при этом может достигать 35% у пациентов пожилого и старческого возраста.

В этой связи, целью нашего исследования явилось изучение ближайших результатов аллогерниопластики и использования лазерных технологий у больных с ущемленными грыжами и резекцией ущемленного органа.

Материал и методы: В период с 2005 по 2019 гг. нами оперировано 104 пациента с ущемленными вентральными и паховыми грыжами, которым произведена протезная герниопластика.

Средний возраст составил $57,0 \pm 1,2$ года, (от 20 до 82 лет). Грыженосительством больные страдали в среднем $9,0 \pm 1,0$ год и колебалось от 1 мес. до 40 лет. Площадь грыжевого выпячивания составила – $218,8 \pm 27,0$ см² Время от момента ущемления до обращения в стационар в среднем было $32,0 \pm 3,3$ часа.

По виду грыжи пациенты распределились следующим образом: вентральная – 54, пупочная – 34, паховая – 15, белой линии живота -1. Из них рецидивные составили 36,8 %, а их количество было от 1 до 6.

При поступлении больным проводилось стандартное обследование (клинико-биохимические анализы, функциональное и рентгенологическое исследование), а также ультразвуковое изучение (УЗИ) содержимого грыжевого

мешка и размеров дефекта апоневроза. У всех пациентов имелась клиника кишечной непроходимости, которая подтверждена рентгенологическим исследованием органов брюшной полости 35 %.

Результаты исследования: Больные оперированы в режиме повышенного соблюдения всех правил антисептики. После выделения и вскрытия грыжевого мешка в 50% отмечалось поступление грыжевых вод. Визуально оценивалось состояние грыжевого мешка и грыжевых ворот. Размеры грыжи оценивали согласно классификации принятой EHS (Classification of primary and incisional abdominal wall hernias) от 2009 г. С гигантской-8 (12,2%), обширной -19 (32,6%), средней -27(48,9%), малой-3 (6,1%).

Ущемленным органом в 70 случаях оказался кишечник из них в 11 случаях выполнена его резекция в связи некрозом. В 34 случаях ущемленный оказался прядь большого сальника, в 22 произведена его резекция

Пациентам перед имплантацией сетки апоневроз и мобилизованную подкожно-жировую клетчатку облучали углекислотным лазером в расфокусированном режиме, на установке «Скальпель-1», мощность-25 Вт и время экспозиции 1 сек на 1см². Обнаруженные лигатурные гранулемы обрабатывались углекислотным лазером до карбонизации и испарения.

Герниопластика с имплантацией проленового эндопротеза произведена в различных позициях: в наднапоневральной (78), предперитонеальной (6), интраабдоминальной (1) и коррекция передней брюшной стенки с протезной пластикой (6). В 13 случаях по поводу паховой грыжи выполнена операция Лихтенштейна.

Операция заканчивалась дренированием парапротезного пространства. Дренажи удалялись на 4-5 е. сутки после УЗИ послеоперационной раны. В 33 случаях выявлены эконегативные, жидкость содержащие очаги.

Местные осложнения со стороны послеоперационной раны наблюдались у 33 (31,7%). Из них серомы – 30 и нагноений 3. Летальность составила 2,8 %.

Более 85% больных с некрозом сальника или кишечника, которым произведена резекция, обратились в стационар позже 24 часов.

Использование синтетических трансплантатов при герниопластике «без натяжения» позволяет избежать образования дефицита брюшной полости, и тем самым, предотвратить кардиопульмональные расстройства в послеоперационном периоде без специальной адаптационной подготовки больных, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с массой сопутствующих заболеваний.

Анализ ближайших результатов местных послеоперационных осложнений показал, что в 1 с использованием синтетических протезов было наибольшее количество сером 28,8%, а использование интраоперационно углекислотного лазера позволило снизить гнойно воспалительные осложнения в ране до 2,8%, т.е. Следует отметить, что в у пациентов с возникшими раневыми осложнениями содержимым грыжевого мешка были петли тонкой кишки.

Выводы: У больных с ущемленными вентральными грыжами применение углекислотного лазера, позволяет выполнить имплантацию протезов. При этом воспалительные изменения, развивающиеся на фоне острой кишечной непроходимости или вследствие некроза содержимого грыжевого мешка (за исключением флегмоны), не являются противопоказанием к аллогерниопластике и имплантации протезов из полипропилена.

РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ, ОСЛОЖНЕННЫМИ СВИЩАМИ

*Гуламов О.М., Шаюсупов А.Р., Музаффров Ф.У., Рузиматов М.Х.
РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова*

Актуальность проблемы: Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии, заболеваемость составляет 3-4%. Количество ежегодно выполняемых хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости постоянно возрастает. По данным статистики на долю грыж приходится до 20% всех операций, выполняемых в хирургических стационарах. Распространенность данного заболевания связана с увеличением количества и расширением объема операций, ростом числа больных пожилого и старческого возраста.

Все это объясняет необходимость разработки новых лечебно-диагностических технологий с использованием методов лучевой диагностики, применение которых позволит осуществить оптимальный подход к выбору методики лечения инфекции в области грыжи.

Цель исследования: Выявить хирургического лечения послеоперационный вентральных грыж у пациентов с осложненными свищами.

Материалы и методы: Работа выполнена в РСЦХ имени академика В.Вахидова. Исследование проводилось на основании ретроспективного изучения историй болезни 26 больных, которым в период с 2004 по 2019 гг. выполнена герниопластика по поводу послеоперационных и рецидивных вентральных грыж осложненных лигатурными и кишечными свищами. По полу и возрасту, больные распределились следующим образом: женщин 8 и мужчин 18 в возрасте от 41 до 77 лет (в среднем- 57.7 ± 1.9 года). После предварительной подготовки, все больные оперированы, средний койко-день составил – 26.5 ± 5.2 , до операции – 7.4 ± 0.5 , после операции – 19.2 ± 5.0 . Согласно приведенным данным, большинство больных было с послеоперационными - 4 и рецидивными вентральными грыжами – 22. Всем пациентам проводилось УЗИ передней брюшной стенки с целью, определения очагов инфекции (лигатурным свищи и гранулемы), а так же фистулография для определения наличия или отсутствия кишечных свищей. Предоперационная подготовка включала: санацию лигатурных свищей антисептическими растворами, облучение ультрафиолетовым лазером. На этапах операции очаги инфекции облучены высокоэнергетическим CO₂ лазером (мощность 25 Вт, экспозиция 1 сек 1 см²).

Результаты исследование: По клиническому течению у 22 больных грыжи были рецидивными, причем, у 5 из них рецидив был однократный, у 6 больного возврат грыжи наступил дважды и в 6 случае многократно. Из 26 пациента в 18 случаях причиной возникновения грыжи явились гнойно-воспалительные осложнения в течении раневого процесса. Из

них у 8 (12,3%), нагноение послеоперационной раны у 3 больных, инфильтрат послеоперационного рубца 5 больных у 3 (4,6%) больных развились серомы.

В связи с пересмотром концепции в герниологии и внедрение пластики без натяжения, в отделении выполнено 18 аллопластических метода закрытия дефектов с использованием проленовых имплантатов. Нами использованы синтетические сетчатые протезы.

Выводы: Наличие инфекции в области грыжевого выпячивания не является противопоказанием к протезной герниопластике. Использование лазерного облучения очагов инфекции интраоперационно позволяет достичь бактерицидного эффекта, а так же стимулирует процесс интеграции окружающих тканей с протезов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ ИСХОДЯ ИЗ ЗНАЧЕНИЙ $TcPO_2$

Дадабаев О.Т., Мусашияхов Х.Т., Василевский Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт

У больных сахарным диабетом с гнойно-некротическим поражением стопы (ГНПС), нуждающихся в ампутации, наиболее трудным и актуальным остается вопрос о рациональном выборе уровня ампутации. В настоящее время одним из наиболее перспективных (в силу надежности и неинвазивности) для исследования в клинических условиях состояния оксигенации крови и ткани и оценки периферической перфузии является метод чрезкожного определения напряжения кислорода – $TcPO_2$. Результаты исследований показали, что у больных с осложненной диабетической стопой показатели $TcPO_2$ на бедре были на 20%, на голени – на 43%, на стопе – на 65% ниже, чем у здоровых лиц, что говорит о значительных нарушениях микроциркуляции. Полученные результаты показали, что имеется определенная взаимосвязь между хорошим заживлением раны после ампутации у больных с ГНПС и величиной $TcPO_2$. Его величина более 25 мм. рт.ст. свидетельствует о правильном выборе уровня ампутации и хорошем заживлении раны, что наблюдалось у 73 больных. Показатель $TcPO_2$ в пределах от 10 до 25 мм.рт.ст, который наблюдался у 10 больных, ассоциировался с осложнениями со стороны раны после ампутации в виде нагноения или краевого некроза и удлинении сроков заживления. У 8 больных с диабетической стопой, которым были произведены локальные операции на стопе, $TcPO_2$ было в пределах от 2 до 10 мм.рт.ст., у 2 из них равнялось 0. В связи с развитием некроза и нагноения раны с последующим прогрессированием гнойного процесса и без эффективности лечения в последующем у этих больных были произведены реампутации на более высоком уровне. При этом установили, что незащищенные операционные раны независимо от их локализации на нижних конечностях способны к регенерации при минимальных значениях $TcPO_2$ в пределах $23 \pm 1,6$ мм.рт.ст. У 10 больных с уровнем $TcPO_2$ ниже 25 мм.рт.ст. наступило омертвление кожи вокруг операционной раны в результате наложения швов. Поэтому с учетом доверительного интервала уровень $TcPO_2$ 28 ± 3 мм.рт.ст. считаем безопасным, допускающим выполнение ампутации без риска осложнений на любом уровне конечности. Таким образом наши данные показали, что чрезкожное измерение $TcPO_2$ имеет важное значение для правильного выбора уровня ампутации и для определения потенциала заживления раны после её выполнения.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Дадабаев О.Т., Мусашияхов Х.Т., Василевский Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Клиническая картина гнойно - некротических поражений стопы (ГНПС) у больных сахарным диабетом (СД) характеризуются атипичным течением. Нами проанализированы результаты лечения 87 больных с ГНПС, у которых развился гнойно-некротический процесс. Впервые выявленный и до 10 лет СД был у 15,7 % больных, более 10 лет – у 27,1 %, более 15 лет – у 29,6 %, более 20 лет – у 27,6 % больных. Легкой степени тяжести – у 18,5 %, средней тяжести – у 40,3 %, тяжелой степени – у 41,2 %, инсулин зависимый – у 19,8 %, инсулин независимый – у 80,2 % больных. Для создания достаточной концентрации антибиотиков в заинтересованных отделах организма и в лимфатических сосудах, представляющих собой основной путь распространения микробов из первичного очага, мы не отказываясь от традиционной антибиотикотерапии, изменили лишь место и способ их введения и применяли лимфотропно. Манипуляция проводилась в течение 7-8 дней 2 раза в сутки. Учитывая, что основная часть больных, с осложненной диабетической стопой люди пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией для детоксикации организма применяли метод энтеросорбции (ЭС). В качестве сорбента использовали полифепан в суточной дозировке 1,0 г/кг массы тела в течение 8-9 дней. Для местного лечения гнойных ран использовали аппликационную сорбцию (АС) полифепаном. В случае обнаружения неклостридиальной анаэробной инфекции и антибиотикоустойчивой микрофлоры для промывания раны применяли 0,1 % раствор гипохлорида натрия. Использование в комплексном лечении предложенные нами методы позволили сохранить опорную функцию конечности у 86 % больных. Ампутации на уровне бедра выполнены у – 10 (10,5 %) больных, на уровне голени – у 3 (3,4 %), на уровне стопы – у 14 (16,1 %), экзартикуляции пальцев выполнены у 25 (28,7 %), некроэктомии у 35 (40,2 %) больных. Летальность составила 3,4 % (умерло 3 больных). Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что включение предлагаемых эфферентных способов терапии в комплексе лечебных мероприятий у больных с осложненной диабетической стопой создает благоприятные условия для протекания репаративных процессов.

ОТКРЫТАЯ ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ И ЭНДОЛИМФОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Дадаев Ш.А., Кутлымуратов А.Д., Хасанов С.М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Цель исследования – улучшение результатов лечения острого панкреатита (ОП), снижение осложнений и летальности.

На базах кафедры хирургических болезней Ташкентского Педиатрического Медицинского Института проанализированы результаты лечения 846 больных с острым панкреатитом, из них деструктивными формами 57 (6,7%) больных в виду безуспешности консервативной терапии с признаками перитонита были оперированы. Больные условно были разбиты на 2 группы (2 периода). 395 больным (I группа с 1992 по 2011г.) с момента поступления в клинику на фоне назогастральной гипотермии проводилась консервативная терапия, направленная на устранение болевого синдрома, угнетение панкреатической и желудочной секреции, восполнение энергетических затрат, подавление микрофлоры, коррекцию волевических и микроциркуляторных нарушений под контролем лабораторных показателей, ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Активация липопероксидации при остром панкреатите является одним из ключевых патогенетических моментов и ведет к быстрому истощению факторов антиоксидантной системы. Тяжелый острый панкреатит сопровождается снижением уровня аскорбиновой кислоты в крови в десятки раз, что обуславливает плохой прогноз. Начиная с 2012 года, 495 больным (II группа) в комплекс лечебных мероприятий была включена открытая длительная лимфотропная и эндолимфотическая антибактериальная терапия путем катетеризации забрюшинного пространства разработанная на кафедре, с целью профилактики гнойно-некротических процессов поджелудочной железы и окружающей клетчатки – панкреонекроза, проводилась энтеросорбция, кишечный лаваж, подавление секреции поджелудочной железы (октреотид), для снижения кислотности желудочного сока – блокатор протонной помпы (лосек), коррекция нарушения микроциркуляции (реополиглюкин с тренталом или гепарин-фраксипарин), в качестве иммунокорректоров – Т-активин или полиоксидоний в соответствующих дозировках. А также введение высоких доз 5% раствора аскорбиновой кислоты. Среди 789 больных (93,3%) неоперированных, летальных исходов не было. 57 (6,7%) больных в виду безуспешности консервативной терапии признаками перитонита оперированы. 57 больным после лапаротомии с учетом операционной находки выполнены: некрсеквестрэктомия (50), резекция хвостатой части поджелудочной железы (4), оментопанкреатопексия (1), абдоминализация поджелудочной железы (2). В 15 случаях оментопанкреатобурсостомии дополняли дренированием через люмботомную контрапертуру. Во всех случаях, сохраняя анатомическую целостность сальниковой сумки, выполнены дренирующие операции двумя встречными двухпросветными дренажами диаметром 20-22 мм, выведенные через люмботомные проколы. В 52 случаях (этиологическим фактором послужил острый калькулезный холецисто-хоledохолитиаз) операции дополнялись холецистэктомией и наружным дренированием холедоха по Пиковскому (31) и по Керу (16), холецистостомой (5).

Из 42 оперированных больных I группы умерли 9 (21,2%). Причиной летальности являлись прогрессирование полиорганной недостаточности, забрюшинная флегмона, сепсис, аррозивное кровотечение.

Из 15 оперированных больных II группы умерли 2 больных (10,3%).

По поводу поздних осложнений деструктивного панкреатита, закрытым методом оперированы 10 больных (абсцесс сальниковой сумки-3, нагноение кисты-2), которым под контролем ультразвукового исследования выполнены транскутанное пункционное дренирование двумя двухпросветными дренажами. 5 больным с кистами поджелудочной железы наложен цистоеюноанастомоз по Шалимову А.А. Все больные выздоровели.

Выводы: Таким образом, своевременная комплексная патогенетически обоснованная консервативная терапия при остром панкреатите на фоне открытой длительной лимфотропной и эндолимфотической антибактериальной терапии, энтеросорбции, применение высоких доз аскорбиновой кислоты, цитостатиков, блокаторов протонной помпы и ингибиторов секреции поджелудочной железы (октреотид) позволяет улучшить результаты лечения острого панкреатита путем достижения феномена «обрыва», локализации процесса и проведения его по асептическому пути, что открывает перспективы для дальнейших исследований.

СОЧЕТАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ И ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Проф. Дадаев Ш.А., Сабирматов А.А., Кутлымуратов А.Д.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

В настоящее время, несмотря на колоссальное количество выпускаемых медицинских препаратов применяемые при лечении перитонита летальность остается довольно высокой, сохраняясь в пределах 15-52% и более. Одним из составных и наиболее важных элементов комплексного лечения распространенного перитонита является устранение источника перитонита и адекватная санация брюшной полости. Результат успешного лечения разлитого гнойного перитонита во многом зависит от эффективности антибактериальной терапии, а также пути их введения. Ряд вопросов, касающихся санации брюшной полости, снижения уровня бактериального обсеменения брюшины, пути введения антибактериальных препаратов остаются до настоящего времени дискуссионными.

Цель исследования: Разработать метод интраоперационной санации брюшной полости при распространенном перитоните на основе применения в качестве фотосенсибилизатора метиленовый синий и проведение фотодинамической терапии (ФДТ) на фоне лимфотропной антибактериальной терапии с последующим внедрением в клиническую практику.

Мы применяли методику Лазаренко А.В. и соавт. (2008) для создания модели острого распространенного калового перитонита. Экспериментальное исследование выполнено на 186 белых крысах породы Wistar, массой 200-250 г., которые были разделены на 2 группы, контрольная (95) и основная (90) группы, а также разделены на подгруппы по 5 в каждой. Изучение накопления фотосенсибилизатора-метиленовый синий в брюшине в основной и контрольной групп проводили

с помощью многоканального оптического волоконного спектроанализатора ЛЭСА 01 «Биоспек» (Россия). В работе мы использовали отечественный аппарат Восток 2 и ЛГ -75 с длиной волны 632,8 нм и мощностью 25 мВт.

Фотодинамическая терапия является одним из перспективных и развивающихся направлений современной медицины, сфера применения которой вышла за пределы экспериментальных исследований и стала внедряться в клиническую практику для диагностики и лечения онкологических и воспалительных заболеваний.

Фотосенсибилизаторы связываются с сывороточными белками, в том числе с липопротеинами низкой плотности, а патогенные клетки в себе содержат большое количество особых рецепторов, к которым прикрепляются липопротеины. Поэтому фотосенсибилизаторы в комплексе с липопротеинами скапливаются на цитоплазматических мембранах клетки и мембранах внутриклеточных органелл: митохондрий, лизосом, ядра. Фотосенсибилизатор переносит энергию света на кислород, благодаря чему последний переходит в так называемое синглетное (О3) состояние. Синглетный кислород химически очень активен, он окисляет белки и другие биомолекулы и тем самым разрушает внутренние структуры патогенных клеток. Экспериментальные исследования включали 2 этапа исследований. I этап – исследование влияния действующих начал на интактную брюшину – 96 животных. II этап исследований включал оценку результатов фотодинамической терапии на экспериментальный перитонит в сравнительном аспекте у 90 животных. Таким образом. В работе было проведено изучение накопления фотосенсибилизатора метиленовый синий в интактной париетальной брюшине и брюшине при экспериментальном каловым перитоните и оценены результаты фотодинамической терапии. Оценка эффективности лечения острого распространенного перитонита была проведена на 94 животных. В основной группе (90) животных применяли в качестве фотосенсибилизатора метиленовый синий с последующей фотодинамической терапией с помощью отечественного аппарата Восток 2 и ЛГ 75. В контрольной (95) группе санацию брюшины осуществляли традиционным способом.

Мы изучали уровень микробной обсемененности (КОЕ/мл) в контрольной и основной группах. Проведенные исследования и полученные данные свидетельствуют о ярко выраженном бактерицидном эффекте метода фотодинамической терапии на фоне лимфотропной антибактериальной терапии по сравнению с традиционным методом санации.

Заключение: Проведенные исследования свидетельствует о высокой «стерилизующей» способности фотодинамической терапии на фоне лимфотропной терапии, по сравнению с традиционным методом лечения. Предлагаемый комбинированный метод лечения перитонита позволяет в более ранние сроки очистить брюшную полость от патогенной флоры, уменьшить эндогенную интоксикацию, снизить летальность животных с 30 до 8,9%. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности метода фотодинамической терапии на фоне метиленовый синий для санации брюшины, который способствует сокращению острой фазы воспалительного процесса в брюшной полости, снижению бактериальной обсемененности брюшины, быстрому купированию пареза желудочно-кишечного тракта и почечно-печеночной недостаточности у животных с экспериментальным каловым перитонитом.

Клиника в настоящее время располагает небольшим клиническим материалом (39 больных), по мере увеличения объема клинического материала будут сделаны более конкретные выводы и соответствующие рекомендации.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

*Даминов Ф.А., Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются результатом развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и зависят от его течения. Для профилактики и лечения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и осложненных острых язв в комплексном лечении обожженных ведущее значение имеет эффективная коррекция ССВО (Алексеев А.А. с соавт., 2015).

Цель исследования. Улучшение результатов лечение эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных.

Материалы и методы. С целью подавления желудочной секреции мы применяли анацидные препараты у 106 больных: у 17 (16,0%) - блокатор м1-холинорецепторов (гастроцепин), у 87 (82,1%) - блокаторы H2-рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, гистодил, зантак, квамател) и у 2 (1,8%) - блокаторы протоновой помпы (омез).

Результаты. На любом этапе лечения обожженных при выявлении клинических или эндоскопических признаков кровотечения из острой язвы, риска его развития (тромб-сгусток, сосуд-столбик), отрицательной динамики в состоянии острых изъязвлений (расширение или углубление острой язвы), особенно у больных с язвенным анамнезом (группа риска), для полного подавления гиперхлоргидрии показано внутривенное применение ингибиторов протоновой помпы для полного подавления желудочной секреции до ликвидации угрозы массивного кровотечения (под контролем ЭГДФС).

В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось на фоне анацидной терапии у 9 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиала на 8 сутки, без применения анацидных препаратов. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 7 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 5 из 7 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и 12-перстной кишки (1). У одного больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы 12-перстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения. Таким образом, у 10 больных развилось массивное кровотечение из острой язвы, потребовавшее эндоскопической остановки кровотечения, профилактического обкалывания сосуда в дне язвы при угрозе рецидива кровотечения или хирургического вмешательства.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

ЭРТА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШ- ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ЗАРАРЛАНИШЛАР ПРОФЛАКТИКАСИ СИФАТИДА

Даминов Ф.А., Рузибоев С.А., Шавази Р.Н.

Самарканд давлат тиббиёт институти,

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарканд филиали

Долзарблиги. Куйиш жароҳатини олган беморларда ўткир эрозия ва яралар 30,3-66,1% гача учрайди. Куйиш шоки, интоксикация, гипертермия беморларда жиддий нейрорепаратив ўзгаришлар, ҳазм тракти органлари функцияси бузилишига сабаб бўлади. Эрта посттравматик (куйгандан кейин) даврда беморларни озиклантиришнинг энтерал йўли блокланганлиги туфайли парэнтерал усул қўлланилади. Тана юзасининг 30% дан зиёд куйиш жароҳатини олган беморнинг метаболик жараёнлар учун энергетик эҳтиёжи 3500-4500 ккал/с ташкил этади. Оғир беморларни эрта энтерал озиклантиришга ўтказиш, ошқозон-ичак трактидаги эрозив яралар ҳосил бўлишини ва қон кетиши частотасини камайтиришда муҳим рол ўйнайди.

Тадқиқот материали ва методлари. Тадқиқот Республика шошилинч тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали комбустиология бўлимида 2015-2019 йилларда даволанган 103 беморларнинг даволаш натижаларига асосланган. 87 нафар бемор текширилиб зондди озиклантирилди. Беморларнинг ўртача ёши 18 ёшдан 75 ёшгача ораллиқда. Термик жароҳатнинг умумий майдони тери копланнинг 36,7±7,7% ни ташкил этди. Термик жароҳат интеграл кўрсаткичлар даражаси назорат ва асосий гуруҳда деярли бир хил бўлган. Франк индекси 25 дан 205 гача (88,5±41,3) ораллиқда аниқланди. 103 бемордан 91 нафарига (88,34%) эндоскопик текширув ўтказилди. Натижада 8 нафар беморда ўн икки бармоқ ичкада кратерсимон яралар аниқланди. Яралар ўлчами 0,3-0,4см дан 0,5-0,8см гача бўлиб гиперемияланган ва шишли кўринишда. 5 беморда оғриқли, қирғоқлари текис яралар ошқозоннинг пилорик қисмида, 13 беморда эса катарал дуоденит аниқланди. 36 беморда ошқозон шиллиқ қаваги атрофли эрозияли яллиғланишлар топилди. 3 та ўлган беморларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичка яралари (Курлинг-Дюпюитрен яраси) аниқланган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Куйиш касаллигини комплекс даволашни адекват ва эрта нутритив озиклантиришсиз амалга ошириб бўлмайди, чунки термик жароҳат патогенизида гиперметаболик синдром муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бунда асосий алмашинув даражаси 180-200% гача кўтарилади, айниқса қон зардоби албумин ва глобулинлар катаболизми кучайиб кетади. Нутритив озиклантиришни қўллаш куйиш жароҳатини олгандан сўнг ўртача ҳисобда 12-24 соатдан кейин бошланади. Кўпчилик касалларда 2-3 кундан кейин комбинирланган озиклантириш (энтерал+парэнтерал) имкони пайдо бўлади. Сунъий озиклантиришнинг ушбу варианти Республика шошилинч тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиалида тайёрланган Зонд-III энтерал аралашмаси юқори самарадорликка эга эканлиги исботланди. Даврий озиклантиришни 87 беморда 4-6 соатдан қўлланилди, орада 2-3 соат дам олдирилди. Ҳар куни 450-850 млдан 2-3 ҳафта мобайнида юборилди. Нутритив озиклантириш усули самарали таъсир кўрсатиб, беморларнинг очликдан қийналиши олди олинди. Энтерал озиклантиришни эрта бошлаш (шок ҳолатида) патогенетик асосланган.

Эрта энтерал озиклантиришнинг тадбири натижасида полиорган дисфункциясининг давомийлигини 8,45±0,5 дан 6,22±0,3 суткага ($P \leq 0,15$) гача, реанимация бўлимида даволаниши 12,02±0,06 дан 4,3±0,3 суткагача ($P \leq 0,05$) қисқартиради. Биринчи суткадан энтерал озиклантирилган беморларнинг ҳеч бирида ошқозон – ичак трактида қон кетиши кузатилмади. Энтерал озиклантириш кечроқ йўлга қўйилган гуруҳда қон кетиши 6 беморда (16,6%) аниқланди. Эрта энтерал озиклантирилган гуруҳда қон препаратларига сарф-харажат 22%га, плазма ўрнини босувчи препаратларнинг эса 36% га тежаши аниқланди.

Хулоса. Куйиш касаллигини даволашда энтерал озиклантиришга алоҳида уруғ бериш керак бўлиб, энтерал озиклантириш парэнтерал озиклантиришга қараганда анча физиологик ва 8-10 мартаба арзон тушади. Алоҳида катий стерил талаблар қўйилмайди ва ҳаёт учун хавфли асоратлар кузатилмайди. Шундай қилиб, оғир куйган беморларда комплекс даволаш чораларига зондди гипералиментация қўшилганда, организмнинг кучли ҳолдан тойишини пасайтиради, ошқозон-ичак тракти функцияси бузилишларини самарали коррекциялаш, пластик материалнинг етарлича ҳосил бўлиши ва куйиш касаллиги оғирлашишини пасайтириб, оператив даволаш натижалари ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга олиб келади.

ЭРТА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШ- КУЙГАНЛАРДА ОШҚОЗОН ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ЗАРАРЛАНИШИ ПРОФЛАКТИКАСИ СИФАТИДА

Даминов Ф.А., Рузибоев С.А.

Самарканд давлат тиббиёт институти

Кириш. Куйиш жароҳатини олган беморларда ўткир эрозия ва яралар 30,3-66,1% гача учрайди. Куйиш шоки, интоксикация, гипертермия беморларда жиддий нейрорепаратив ўзгаришлар, ҳазм тракти органлари функцияси бузилишига сабаб бўлади. Эрта посттравматик (куйгандан кейин) даврда беморларни озиклантиришнинг энтерал йўли блокланганлиги туфайли парэнтерал усул қўлланилади. Тана юзасининг 30% дан зиёд куйиш жароҳатини олган беморнинг метаболик жараёнлари учун энергетик эҳтиёжи 3500-4500 ккал/с ташкил этади [3,11]. Оғир беморларни эрта энтерал озиклантиришга ўтказиш, ошқозон-ичак трактидаги эрозив яралар ҳосил бўлишини ва қон кетиш частотасини камайтиришда муҳим рол ўйнайди.

Тадқиқот материали ва методлари. Тадқиқот Республика шошилинч тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали комбустиология бўлимида 2015-2019 йилларда даволанган 103 беморларнинг даволаш натижаларига асосланган. 87 нафар бемор текширилиб зондди озиклантирилди. Беморларнинг ўртача ёши 18 ёшдан 75 ёш ораллиқда. Термик жароҳатнинг умумий майдони тери копланнинг 36,7±7,7% ни ташкил этди. Термик жароҳат интеграл кўрсаткичлар

даражаси назорат ва асосий гуруҳда деярли бир хил бўлган. Франк индекси 25 дан 205 гача ($88,5 \pm 41,3$) оралиқда аникланди. 103 бемордан 91 нафарида ($88,34\%$) эндоскопик текширув ўтказилди. Натижада 8 нафар беморда ўн икки бармоқ ичкада кратерсимон яралар аникланди. Яралар ўлчами 0,3-0,4см дан 0,5-0,8см гача бўлиб гиперемияланган ва шишли кўринишда. 5 беморда оғрикли, кирғоқлари текис яралар ошқозоннинг пилорик қисмида, 13 беморда эса катарал дуоденит аникланди. 36 беморда ошқозон шиллиқ қавати антрал қисмида эрозияли яллиғланишлар топилди. 3 ўлган беморда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яралари (Курлинг-Дюпюитрен яраси) аникланган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Куйиш касаллигини комплекс даволашни адекват ва эрта нутритив озиклантиришсиз амалга ошириб бўлмайди, чунки термик жароҳат патогенизида гиперметаболик синдром муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бунда асосий алмашинув даражаси 180-200% гача кўтарилади, айниқса кон зардоби албумин ва глобулинлар катаболизми кучайиб кетади. Нутритив озиклантиришни қўллаш куйиш жароҳатини олгандан сўнг ўртача ҳисобда 12-24 соатдан кейин бошланади. Кўпчилик касалларда 2-3 кундан кейин комбинирланган озиклантириш (энтерал+парэнтерал) имкони пайдо бўлади. Сунъий озиклантиришнинг ушбу варианты Республика шошилинич тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиалида тайёрланган Зонд-III энтерал аралашмаси юқори самарадорликка эга эканлиги исботланди. Даврий озиклантиришни 87 беморда 4-6 соатдан қўлланилди, орада 2-3 соат дам олдирилди. Ҳар куни 450-850 млдан 2-3 ҳафта мобайнида юборилди. Нутритив озиклантириш усули самарали таъсир кўрсатиб, беморларни очликдан қийналишининг олди олинди. Энтерал озиклантиришни эрта бошлаш (шок ҳолатида) патогенетик асосланган.

Эрта энтерал озиклантиришнинг тадбири натижасида полиорган дисфункциясининг давомийлигини $8,45 \pm 0,5$ дан $6,22 \pm 0,3$ суткага ($P \leq 0,15$) гача, реанимация бўлимида даволаниши $12,02 \pm 0,06$ дан $4,3 \pm 0,3$ суткагача ($P \leq 0,05$) қисқартиради. Биринчи суткадан энтерал озиклантирилган беморларнинг ҳеч бирида ошқозон – ичак трактида кон кетиши кузатилмади. Энтерал озиклантириш кечроқ йўлга қўйилган гуруҳда кон кетиши 6 беморда ($16,6\%$) аникланди. Эрта энтерал озиклантирилган гуруҳда кон препаратларига сарф-ҳаражат 22% га, плазма ўрнини босувчи препаратларнинг эса 36% га тежаши аникланди.

Хулоса. Куйиш касаллигини даволашда энтерал озиклантиришга алоҳида уруғ бериш керак бўлиб, энтерал озиклантириш парэнтерал озиклантиришга қараганда анча физиологик ва 8-10 маротаба арзон тушади. Алоҳида қатъий стерил талаблар қўйилмайди ва ҳаёт учун хавфли асоратлар кузатилмайди. Шундай қилиб, оғир куйган беморларда комплекс даволаш чораларига зондли гипералиментация қўшилганда, организмнинг кучли ҳолдан тойишини пасайтиради, ошқозон-ичак тракти функцияси бузилишларини самарали коррекциялаш, пластик материалнинг старлича ҳосил бўлиши ва куйиш касаллиги оғирлашишини пасайтириб, оператив даволаш натижалари ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга олиб келади.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джалалова Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Уточнение клинической формулировки диагноза при ОИРМЖ позволит оптимизировать тактику ведения больных.

Определение наследственных мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2 дополняет арсенал применяемых в клинической практике молекулярно-биологических исследований, необходимых для индивидуализации комплексного лечения больных ОИРМЖ.

Выявление транслокации EML4-ALK и мутаций в гене PIK3CA у больных ОИРМЖ дает основание для проведения таргетной терапии ингибиторами тирозинкиназ и mTOR, которая позволит персонифицировать лечение.

Цель исследования. Оптимизация диагностики отечно-инфильтративной формы рака молочной железы для повышения эффективности его лечения.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения и обследования 120 больных местно-распространенной формой рака молочной железы (IIA, IIB, IIIA, IIIB и IIIC), которые находились на лечении в АООД с 2012 по 2019 год. Все больные были разделены на 2 группы. В основную группу исследования включены 40 больных ОИРМЖ (T4dN1-3M0), а в контрольную группу - 80 больных раком молочной железы без отека кожи (T2-3,4bN1-3M0). Обязательным условием включения больных в исследование являлось наличие в архиве ФГБУ РНЦРР гистологических блоков для каждого наблюдения.

Результаты исследования. Клиническая формулировка диагноза отечно-инфильтративный рак молочной железы. Для уточнения целесообразности разделения отечных форм РМЖ в классификации TNM на две категории (T4d и T4b) нами проанализированы формулировки диагнозов в историях болезней. При формулировке диагноза по классификации TNM отечные формы РМЖ необходимо относить к категории T4d, а категорию T4b целесообразно использовать только для местно-распространенных форм РМЖ с непосредственным распространением на кожу (прорастание опухоли). Выделение, так называемых, «первичной» и «вторичной» формы ОИРМЖ не имеет достаточного клинического и морфологического обоснования. Клинической особенностью ОИРМЖ является агрессивное течение заболевания, высокая метастатическая активность опухоли даже при условии проведения мультимодального лечения: 5-летняя общая (40% и $82,5\%$) и безрецидивная выживаемость ($27,5\%$ и $73,75\%$) в группах ОИРМЖ и неотечного местно-распространенного РМЖ, соответственно, имели значимые отличия. При ОИРМЖ чаще всего опухоль характеризуется высокой степенью злокачественности (55%), отрицательным статусом по рецепторам стероидных гормонов ($42,5\%$), HER2 положительным статусом ($57,5\%$). Установлено, что частота транслокаций в гене ALK и мутаций в 9 экзоне гена PIK3CA достоверно выше в группе пациентов с ОИРМЖ, что является основанием для добавления к комплексному лечению молекулярно-направленной терапии. Выявлено статистически значимое увеличение частоты наследственных мутаций в генах BRCA1, CHEK2 у больных ОИРМЖ по сравнению с больными неотечными формами местно-распространенного РМЖ. При ОИРМЖ положительный рецепторный статус опухоли значимо улучшал показатели общей и безрецидивной выживаемости. Тенденция к улучшению показателей выживаемости больных ОИРМЖ отмечена для

высокой степени злокачественности опухоли и HER2 положительном статусе, и вероятно, была обусловлена большей чувствительностью опухолевых клеток с высокой митотической активностью к системной химиотерапии с добавлением трастузумаба. Гистологический тип опухоли и увеличение значений ki-67 не влияли на показатели выживаемости при ОИРМЖ. Молекулярно-биологический подтип опухоли не влиял на результаты лечения ОИРМЖ, что указывает на молекулярную гетерогенность опухоли и недостаточность использования суррогатных маркеров для терапевтического планирования.

Вывод. Таким образом, в результате проведенного исследования уточнена клиническая формулировка диагноза при отечно-инфильтративной форме рака молочной железы; изучены особенности клинического течения заболевания; проведен анализ влияния молекулярно-биологических факторов на прогноз заболевания; изучены и установлены молекулярно-биологические характеристики, в перспективе позволяющие индивидуализировать тактику комплексного лечения больных ОИРМЖ.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джалалова Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время неоадьювантную химиотерапию (НХТ) все чаще используют не только при местно-распространенных (неоперабельных), но и операбельных формах рака молочной железы (РМЖ). При сравнительном анализе эффективности адьювантной и неоадьювантной химиотерапии не выявлено существенных отличий в отношении показателей безрецидивной и общей выживаемости. Тем не менее, НХТ имеет свои преимущества. В частности, неоадьювантный режим позволяет перевести неоперабельные опухоли в операбельные, а также способствует увеличению числа органосохраняющих операций. Кроме того неоадьювантный режим позволяет оценить эффективность того или иного вида системного лечения локальных форм РМЖ, а также получить информацию о факторах прогноза и биологии опухоли значительно быстрее, чем адьювантный. Единственным надежным методом оценки эффективности НХТ является определение степени лекарственного патоморфоза (регресса) при исследовании послеоперационного препарата. На предоперационном этапе для мониторинга раннего ответа опухоли на лечение и оценки остаточной опухоли после лечения используют физикальное исследование (пальпацию), маммографию, КТ и УЗИ. Последние годы все чаще применяют магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Цель исследования. Основной целью настоящего исследования явилось улучшение качества и точности оценки эффективности неоадьювантного системного лечения рака молочной железы с помощью МРТ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 38 пациенток с верифицированным раком молочной железы. Каждой пациентке проводилась МРТ до начала специализированного лечения, в середине НАХТ и непосредственно перед операцией.

Результаты исследования. На данный момент 14 пациенток подверглись хирургическому этапу лечения (в объеме радикальной мастэктомии по Patey). МР-данные были сопоставлены с патоморфологическими заключениями. В настоящее время 24 пациентки продолжают НАХТ, с комплексной оценкой эффекта химиотерапии включающее МР-исследование молочных желез. МРТ молочных желез выполняется на высокопольном аппарате с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл и градиентами 30 мТл/м с использованием специальной поверхностной катушки и внутривенным динамическим контрастным усилением. При анализе изображений производится постобработка с построением динамических кривых для оценки степени васкуляризации образования до начала, во время и после окончания проведения НАХТ. При исследовании в середине НАХТ оценивали наличие или отсутствие ответа опухоли на терапию по критериям уменьшения васкуляризации опухоли и ее размеров по критериям RECIST 1.1. По результатам МРТ перед операцией у 4 из 14 (28,6%) пациенток выявлен полный ответ на лечение в виде остаточной резидуальной ткани и отсутствия васкуляризации. У 7 из 14 (50%) пациенток частичный ответ на лечение в виде уменьшения суммы наибольших диаметров целевых образований $> 30\%$, а также снижения степени их васкуляризации. После химиотерапии пик накопления контрастного препарата образованием соответствовал 5 минуте исследования; тогда как до начала лечения в среднем 1 минуте. У 2 из 14 (14%) пациенток – стабилизация в виде отсутствия изменений размеров и степени васкуляризации образований, у 1 из 14 (7%) – прогрессирование, в виде увеличения размеров ранее выявленных опухолевых образований и появления новых. При дальнейшем анализе материала было отмечено, что на точность МР-оценки эффективности лечения НАХТ влияют биологические подтипы опухоли. Ложноположительная оценка степени лечебного патоморфоза наблюдалась у двух пациенток с трижды негативной и HER2 позитивной опухолью, что коррелирует с литературными данными. В этих случаях наблюдалось повышение размеров опухоли по данным МРТ в сравнении с патоморфологическим размером опухоли (в среднем 8 ± 3 мм, $p < 0,05$).

Вывод. МРТ может рассматриваться как перспективная методика в оценке полного ответа опухоли на проведенное лечение, а также в выявлении остаточной опухолевой ткани. Однако в некоторых случаях по данным МРТ наблюдалась недооценка степени лечебного патоморфоза, что связано с особыми биологическими подтипами опухоли.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕТЕКЦИИ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Джалалова Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Циркулирующие опухолевые клетки выявляются у 41,3% больных распространенным раком молочной железы в количестве не менее одной на миллион лейкоцитов. Количество циркулирующих опухолевых клеток

не зависит от локализации и числа метастазов, а также от рецепторного статуса первичной опухоли молочной железы. Циркулирующие опухолевые клетки выявляются у больных в постменопаузе чаще, чем у пациенток в пременопаузе (у 47,8 и 26,7% соответственно, $p = 0,044$). У больных инфильтративно-дольковым раком молочной железы циркулирующие опухолевые клетки обнаруживаются достоверно чаще, чем у больных с инфильтративно-протоковым раком молочной железы (в 69,2 и 31% случаев соответственно, $p = 0,02$). Наличие микрометастазов в костный мозг не влияет на частоту выявления циркулирующих опухолевых клеток. До лечения и после него циркулирующие опухолевые клетки выявляются примерно с одинаковой частотой (в 41,3 и 45,5% случаев соответственно).

Выявление циркулирующих опухолевых клеток не влияет на общую и безрецидивную выживаемость больных с распространенными стадиями рака молочной железы. При оценке динамики количества циркулирующих опухолевых клеток до системной противоопухолевой терапии (химиотерапии или гормонотерапии) и после нее оказалось, что у больных со снижением количества циркулирующих опухолевых клеток после лечения отмечена достоверно большая длительность периода до прогрессирования, чем у больных с повышением количества циркулирующих опухолевых клеток после лечения (14 и 8 мес соответственно, $p = 0,0127$). Динамика количества циркулирующих опухолевых клеток после специфического противоопухолевого лечения может служить новым объективным критерием оценки ответа на лечение и информативным фактором прогноза у больных диссеминированным раком молочной железы.

Цель исследования. Изучить результаты проточноцитофлуорометрического изучения ЦОК в периферической крови больных местнораспространенным и диссеминированным РМЖ и оценена клиническая значимость данного феномена.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 36 пациенток, получавших первым этапом хирургическое лечение по поводу верифицированного РМЖ.

Результаты исследования. Анализ выполнялся дважды: до операции и на 1-сутки после. Из них у 25 пациенток степень распространенности заболевания соответствовала стадии T2N0M0, у 4 – стадии T2N1M0, у 6 – стадии T2N2M0 и у 1 – стадии T3N2M0. У 17 пациенток определен люминальный В подтип, у 9 люминальный А, у 7 ТНР и у 3 HER2neu+. Только у 3 пациенток опухоль располагалась центрально, у остальных в верхне-наружном квадранте. 11 пациенток были моложе 45 лет и имели сохраненный менструальный цикл (средний возраст – 39,6 лет), 11 больных находились в перименопаузе (средний возраст 48,2 года) и 14 – в постменопаузе (средний возраст 65 лет).

У 8 больных из 36 были выявлены ЦОК, что составило 22,2% от общего числа. Большинство больных, у которых были выявлены ЦОК, относились к так называемой благоприятной группе с клинической точки зрения.

У 7 больных стадия заболевания соответствовала T2N0M0, и они находились в постменопаузе, и только у 1 больной со стадией T3N2M0 можно было говорить о местно-распространенном процессе. При этом она относилась к группе перименопаузы.

У 6 больных была инфильтрирующая карцинома, а у двух сочетание инфильтрирующей карциномы и тубулярного рака.

У 4 определялся люминальный В подтип опухоли, у 2 люминальный А и у 2 ТНР. У больных HER2neu+ РМЖ ни в одном случае не были выявлены ЦОК. Из других подтипов наиболее часто ЦОК определялись у больных ТНР (33,3%). На 1 сутки после операции из 36 пациенток у 3 (9,7%) уровень ЦОК изменился. У 1 больной при исходном отсутствии ЦОК в периферической крови при повторном анализе они определялись в количестве 4. У 2 больных ЦОК определялись исходно, однако через сутки после операции их уровень повысился с 2 до 3 и с 2 до 4 соответственно. При этом ни в одном случае, ни до, ни после операции уровень ЦОК не превысил пороговое значение 5 клеток.

Вывод. ЦОК могут определяться у больных РМЖ и не имеющих клинико-рентгенологических признаков генерализации, а операция сама по себе может способствовать выбросу опухолевых клеток в кровеносное русло.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СБАЛАНСИРОВАННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРОМЕДОЛОМ И ФЕНТАНИЛОМ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ГОМЕОСТАЗА В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Джалилов Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Известно, центральная анальгезия в детском возрасте представляет собой вариант многокомпонентного обезболивания, при котором, защитные эффекты достигаются в результате действия больших доз наркотических анальгетиков, включая релаксацию, выключение сознания, поддержание газообмена, как и при других вариантах многокомпонентной анестезии. Нежелательным эффектом центральной анальгезии является замедленное восстановление мышечной активности и дыхания.

Цель исследования: изучить эффективность сбалансированной анальгезии промедолом и фентанилом у детей с тяжелыми нарушениями гомеостаза в условиях ОРИТ.

Материал и методы: в период 2013-2016 г в условиях отделения детской реанимации при ФФРНЦЭМП, центральная анальгезия была применена 18 больным в возрасте от 5 до 14 лет с перитонитами и черепно-мозговой травмы. Дозировка промедола 3-4мг на 1кг массы, фентанил 0,02-0,04мг на 1кг на 3 часовое оперативное вмешательство.

Результаты: результаты наблюдения показали, что самый короткий промежуток депрессии дыхания наблюдается после промедола, то есть, до 2 часа 30 минут. Более длительной оказалась депрессия дыхания после морфина, до 7 часов. Фентанил и допидолор - до 3 часов. Поэтому, для уменьшения доз и влияния наркотических анальгетиков на внешнее дыхание применялся метод сбалансированной анальгезии промедолом и фентанилом по К.Т.Есенову. Полученные результаты по оценке эффективности анестезиологической защиты организма ребёнка показали положительные качества данного вида обезболивания. Эффективность сбалансированной анальгезии промедолом и фентанилом оценивали на основании клинических и биохимических показателей. Так, клинические признаки- внешний вид больного, частота сердечных сокращений, артериальное давление, температура колен, размер зрачка, тоны сердца, диурез, ЦВД. Из биохимических - кислотно-щелочное состояние, уровень концентрации калия и натрия в плазме крови, уровень глюкозы в крови.

Выводы таким образом, результаты исследований дают основание полагать, что сбалансированная анальгезия, промедолом и фентанилом в возрастной дозировке не вызывает стойкую и продолжительную дыхательную депрессию.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Джалилов Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Разработать подход к интегративно-динамической оценке тяжести течения болезни у новорожденных в отделении реанимации, интенсивной терапии новорожденных вне зависимости от нозологической формы.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное. Проведен анализ историй болезни 136 детей 2016 и 2018 гг. рождения (48 и 88 детей соответственно), находившихся в период новорожденности в ОРИТН. Случайность выборки обеспечена включением в группу всех детей, находившихся на лечении в стационаре за определенный календарный период. На сроке гестации 28-31 неделя родились 11,8% детей; 32-34 недели - 16,9% детей; 35-36 недель - 14,7% детей; 37-42 недели - 56,6% детей.

Результаты исследования. Под интегративно-динамической оценкой тяжести болезни мы понимаем совокупный показатель, который количественно характеризовал бы тяжесть течения заболевания в целом за весь период пребывания ребенка в ОРИТ. При этом болезнь понимается как состояние, отличное от состояния здоровья, а не как какая-либо конкретная нозологическая форма. Интегративно-динамическая оценка тяжести болезни получена как сумма оценок тяжести состояния за весь период лечения ребенка в ОРИТН. Оценка тяжести состояния проводилась ретроспективно с использованием данных из историй болезни. Была использована шкала NTISS (NeonatalTherapeuticInterventionScoringSystem, GrayJ.E. et al., 1992) как наиболее подходящая для ретроспективного анализа. Шкала характеризует функциональное состояние ребенка, исходя из проводимого ему лечения и уровня интенсивности терапии. Шкала NTISS оценивает тяжесть состояния относительно к диагнозу и сроку гестации, что позволяет объединять детей и оценивать тяжесть течения болезни вне зависимости от формы патологии. В зависимости от оценки NTISS различают 4 класса тяжести состояния: I класс - менее 10 баллов; II класс - 10-19 баллов; III класс - 20-29 баллов; IV класс - 30 и более баллов. Тяжесть состояния ребенка оценивали по шкале NTISS посуточно с первых суток жизни до момента перевода из ОРИТН в профильное отделение. При оценке тяжести состояния каждого ребенка за весь период наблюдения посуточные оценки NTISS суммировались. Тяжесть состояния каждого ребенка за весь период наблюдения охарактеризована с помощью следующих параметров: 1) сумма всех оценок NTISS, составляющих более 9 баллов, за весь период наблюдения (сумма NTISS=10); 2) сумма всех оценок NTISS, составляющих более 19 баллов, за весь период наблюдения (сумма NTISS=20); 3) сумма всех оценок NTISS, составляющих более 29 баллов, за весь период наблюдения (сумма NTISS=30); 4) максимальный балл NTISS (NTISSmax). По всем указанным параметрам NTISS все дети были разделены на 5 групп. Методом дискриминантного анализа получена математическая модель, описывающая распределение детей на группы. Наиболее значимыми ($p < 0,001$) для построения модели параметрами являются: сумма NTISS=10 и NTISSmax. Оставшиеся два параметра уточняют модель. Общая работоспособность модели составляет 78%. Основным параметром при разделении детей на группы является параметр «сумма NTISS=10 баллов», характеризующий общую тяжесть состояния за весь период наблюдения. Оценка NTISS более 9 баллов соответствует тяжести состояния, начиная со II класса и выше. Одинаковая суммарная оценка NTISS может складываться как за счет относительно невысоких посуточных, но длительно сохраняющихся оценок NTISS, так и за счет высоких посуточных баллов NTISS, отмечавшихся в течение более короткого времени. Значения параметра «сумма NTISS=10 баллов» в группах следующие: I группа - 13 (0-20) баллов (24 ребенка); II группа - 38 (24-50) баллов (46 детей); III группа - 89 (57-119) баллов (32 ребенка); IV группа - 183 (123-247) баллов (17 детей); V группа - 362 (277-630) баллов (17 детей). Таким образом, тяжесть течения болезни, оцененная в динамике за весь период наблюдения в ОРИТН, возрастает от I к V группе. Зависимость тяжести течения болезни от срока гестации носит умеренный характер (коэффициент корреляции Спирмена=-0,5 ($p=0,01$)). Во всех группах есть дети со сроком гестации от 28 до 40 недель. Это отражает тот факт, что одинаковая тяжесть течения болезни отмечается у детей с различными сроками гестации. Но, при преобладании в целом по выборке доношенных детей (57%), доля недоношенных увеличивается от I к IV и V группам в 3,4 раза. Это отражает то обстоятельство, что дети с тяжелым течением болезни среди недоношенных встречаются чаще.

Закключение. Разработанный подход к оценке динамики тяжести состояния позволяет количественно охарактеризовать тяжесть течения болезни в целом за весь период наблюдения новорожденного в ОРИТН, т.е. позволяет получить интегративно-динамическую оценку тяжести болезни и выделить однородные по тяжести группы больных. Подобный подход позволяет учесть влияние на состояние здоровья в анамнезе комплекса факторов, сопутствующих болезни: формирование деструктивных изменений, последствие экстремального состояния, задержка скорости роста и дифференцировки тканей, психоэмоциональная дезадаптация.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ В ХИРУРГИИ XXI ВЕКА - Fast Trask Surgery (хирургия быстрой реабилитации)

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний, а так же клинические наблюдения охватывающие более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через посткапиллярные венулы. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде.

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии (патент СССР № 365/98, патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию. Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У. Джумабаев 1980).

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ

*Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А, Джумабаева С.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Для лимфологов Узбекистана 2019 год – был юбилейным. 50 лет назад, в 1969 году была организована кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (в настоящее время кафедра госпитальной и факультетской хирургии) Андижанского медицинского института. Возглавил кафедру, ученик известного ученого-лимфолога, член-корр. АМН СССР Б.В.Огнева, избранный по конкурсу, д.м.н. С.У. Джумабаев. В этом же году при кафедре была организована научно-исследовательская лаборатория лимфологии.

Цель исследования. Изучить возможности лимфатической терапии в профилактике и лечении патологических состояний различного генеза.

Материал и методы исследования. С.У. Джумабаеву удалось сформировать коллектив единомышленников, активно разрабатывающих основное научное направление кафедры- вопросы изучения лимфатической системы организма в норме и в патологии, а также способы коррекции патологических состояний методами лимфатической терапии.

Результаты и их обсуждение. Исследования фундаментального характера проводимые коллективом кафедры на протяжении пяти десятилетий показали, что лимфатическая система принимает участие в развитии и течении практически всех патологических процессов. Материалы экспериментов легли в основу наших дальнейших исследований по использованию лимфатической системы в профилактических и лечебных целях у больных с различной патологией. В 1987 г., одним из первых в СССР, был создан центр клинической лимфологии в Андижане (Узбекистан). В настоящее время Андижан является одним из общеизвестных научных и методических центров в области клинической лимфологии. Разработаны и успешно применяются многие способы профилактики и лечения как заболеваний лимфатической системы, так и путем воздействия на патологические процессы через лимфатическую систему. В республике успешно развивается хирургия лимфатической системы и грудного протока, прямая эндолимфатическая терапия, непрямая лимфатическая (лимфотропная) терапия, региональная лимфатическая терапия. Сегодня Узбекистан имеет свою школу клинической лимфологии, характеризующуюся разработкой самостоятельного, признанного в кругу специалистов научного направления, внедренного в практическое здравоохранение, разработана первая в мировой практике классификация лимфатической терапии. По результатам научных исследований в области лимфологии защищены 11 докторских и 30 кандидатских диссертаций, продолжается работа над 6 докторскими и 10 кандидатскими диссертациями. Опубликовано более 1450 научных работ, 10 монографий, в том числе первое руководство по региональной лимфатической терапии на английском языке «Regional lymphatic therapy» (Manchester 1988 год.), первый справочник по клинической лимфологии (1999 год.), получены патенты на 14 изобретений. С 1989 года проводится подготовка кадров в области клинической лимфологии, методам лимфатической терапии обучены более 1800 врачей и 250 медицинских сестер из областей республики, стран СНГ. С 1992-2014 гг. издавался специализированный научно-практический журнал «Лимфология. Журнал имени С.У.Джумабаева». Лимфологами Узбекистана организовано и проведено ряд международных научно-практических конференций. В их числе 2-й Всесоюзный съезд лимфологов СССР (Андижан

1986), Выездная международная научная сессия, посвященная 80-летию, основоположника клинической лимфологии Узбекистана, С.У. Джумабаеву (Андижан, 2009). В 2012 году, научно-практическая деятельность и разработанные в области клинической лимфологии технологии республиканского научного центра клинической лимфологии министерства здравоохранения РУз., высоко оценены международным фондом «International Arch of Europe for Quality and Technology» и выдвинуты на присуждение золотого знака этого фонда «За качество и превосходство».

ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАМЕТРА МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ВОРОТНОГО БАССЕЙНА

Джурова Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Байбеков Р.Р., Шамирзаев Х.Э., Султанов А.Т., Вахидова Н.Т., Абдухалимова Х. В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Цель исследования. Изучение показателей перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) печени в зависимости от диаметра основных вен воротного бассейна.

Материалы и методы. Исследование проведено в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан). В исследование включены три группы пациентов с учетом уровня блока портального кровообращения. Это внутрипеченочный постсинусоидальный блок при ЦП – 63 пациента, внутрипеченочный пресинусоидальный блок при ФП – 10 больных и подпеченочный блок при внепеченочной ПГ (ВПГ) – 13 больных. Также для анализа характера изменений перфузионных показателей относительно нормативных значений в исследование включена четвертая группа, состоящая из здоровых лиц – 24 человека. Проведение МСКТ-перфузии у этой группы было связано с их потенциальным донорством для родственной трансплантации печени. В общем, исследование проведено у 110 человек в возрасте от 18 до 67 лет. Использован широкодетекторный компьютерный томограф «Aquilion One – 640» версии GENESIS (Canon Medical Systems, Япония).

Результаты исследования. При диаметре $v.portae < 15$ мм показатель портальной фракции (PF) составил $146,0 \pm 4,6$, а при диаметре вены > 15 мм – $133,2 \pm 3,0$ мл/100мл/мин ($p < 0,05$). Другие показатели (AF и PI) достоверно не отличались.

Прямо противоположные данные получены при изучении перфузии с учетом диаметра $v.lienalis$. Сравнение данных при толщине вены менее и более 10 мм показало отсутствие достоверности только по артериальной фракции (< 10 мм – $42,0 \pm 1,3$ мл/100мл/мин, > 10 мм – $41,8 \pm 0,9$ мл/100мл/мин; $p > 0,05$). Значение PF в группе с $v.lienalis < 10$ мм оказалось $119,4 \pm 4,1$ против $155,9 \pm 4,2$ мл/100мл/мин ($p < 0,001$) в группе с широкой веной, а показатель PI – $28,8 \pm 1,0$ против $22,3 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$).

При диаметре $v.portae < 15$ мм показатель PF составил $146,0 \pm 4,6$ мл/мин, при этом толщина вены в этой группе была $13,16 \pm 0,30$ мм, а диаметр $v.lienalis$ – $13,18 \pm 0,80$ мм. В свою очередь при диаметре вены > 15 мм PF составил $133,2 \pm 3,0$ мл/100мл/мин со средней толщиной вены $17,09 \pm 0,28$ мм ($t = 9,55$; $p < 0,001$) и диаметром $v.lienalis$ – $17,18 \pm 1,85$ мм ($t = 4,49$; $p < 0,001$). То есть в данном контексте получается, что чем шире $v.portae$ и $v.lienalis$, тем меньше значение портальной перфузии печени. Однако, относительно распределения по исходному диаметру $v.lienalis$ получены противоположные данные. Так, при диаметре вены < 10 мм показатель PF составил только $119,4 \pm 4,1$ мл/100мл/мин, при этом толщина вены в этой группе была $8,96 \pm 0,25$ мм, а диаметр $v.portae$ – $13,44 \pm 0,56$ мм. В свою очередь при диаметре селезеночной вены > 10 мм PF составил $155,9 \pm 4,2$ мл/100мл/мин ($p < 0,001$) со средней толщиной вены $14,66 \pm 0,43$ мм и диаметром $v.portae$ – $15,76 \pm 0,37$ мм ($t = 3,45$; $p < 0,01$). Соответственно, основное значение в плане поддержания портальной перфузии все же имеет притоковая система, так как по $v.lienalis$ были получены более достоверные отличия, к тому же анатомические особенности $v.portae$ подразумевают более широкое колебание по норме диаметра (10-15 мм), чем нормальный диаметр $v.lienalis$ (6-8 мм).

Выводы. Постепенное расширение $v.portae$ на фоне прогрессирования ЦП с ПГ может свидетельствовать о снижении перфузии печени, чем шире сосуд, тем меньше показатель портальной фракции печеночной перфузии. Изучение гепатоперфузии с учетом диаметра $v.lienalis$ показало, что чем уже вена, тем больше вероятность низкой портальной фракции печеночной перфузии.

ВАРИАНТЫ КОМПЕНСАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО БЛОКА

Джурова Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Байбеков Р.Р., Шамирзаев Х.Э., Султанов А.Т., Вахидова Н.Т., Абдухалимова Х. В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Функциональный потенциал гепатоцитов при циррозе печени (ЦП), компенсаторные механизмы при нарастающей портальной гипертензии (ПГ) и возможность поддержания адекватной перфузии имеют свой определенный ресурс.

Цель исследования. Провести анализ с учетом вероятности декомпенсации резервных возможностей воротной системы при прогрессирующей гипертензии. В этой связи мы предприняли попытку определения предела компенсаторной трансформации портальной системы в ответ на прогрессирующий внутрипеченочный блок.

Материалы и методы. Исследование проведено в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан). В исследование включено три группы пациентов с учетом уровня блока портального кровообращения: внутрипеченочный постсинусоидальный блок при ЦП – 63 пациента, внутрипеченочный пресинусоидальный блок при ФП – 10 больных и подпеченочный блок при внепеченочной ПГ (ВПГ) – 13 больных. Также для анализа характера изменений перфузионных показателей относительно

нормативных значений в исследование включена четвертая группа, состоящая из здоровых лиц – 24 человека. Проведение МСКТ-перфузии у этой группы было связано с их потенциальным донорством для родственной трансплантации печени. В общем, исследование проведено у 110 человек в возрасте от 18 до 67 лет. Использован широкодетекторный компьютерный томограф «Aquilion One – 640» версии GENESIS (Canon Medical Systems, Япония). В группе пациентов с диаметром v.lienalis более 10 мм определена граница ширины вены, превышение которой могло бы свидетельствовать об ухудшении печеночной перфузии, особенно ее портальной фракции. Были сопоставлены показатели перфузии с учетом различного диаметра вены

Результаты. Расширение v.lienalis более 15 мм свидетельствует о начале декомпенсации поддержания гепатопортального кровотока. Так, портальная перфузия при диаметре 10-15 мм составила $158,7 \pm 5,3$ мл/100мл/мин, а при более широкой вене - $136,2 \pm 4,4$ мл/100мл/мин ($p < 0,01$).

Артериальная фракция оказалась также более высокой - $43,3 \pm 1,1$ против $38,8 \pm 1,3$ мл/100мл/мин ($p < 0,05$), при этом портальный индекс фактически не отличался ($23,0 \pm 0,6$ против $23,5 \pm 0,8\%$). Можно утверждать, что для компенсаторного резерва в плане поддержания показателей печеночного кровотока, в ответ на прогрессирующий внутрипеченочный блок характерно постепенное расширение v.lienalis до 10-15 мм. А при диаметре сосуда до 10 мм или более 15 мм отмечается существенное снижение портальной фракции ($p < 0,01$). При этом именно декомпенсация по трансформации лиенального бассейна (диаметр v.lienalis более 15 мм) является наиболее неблагоприятным фактором в плане поддержания перфузии, так как в этих случаях на фоне снижения портальной фракции отмечается маловыраженная перестройка артериальной гемодинамики ($43,3 \pm 1,1$ против $38,8 \pm 1,3$ мл/100мл/мин; $p < 0,05$). Факт зависимости печеночной перфузии от степени трансформации селезеночной вены подтверждает наличие умеренной корреляционной связи ($R = 0,34$).

Показатели перфузии печени в зависимости от размеров селезенки при спленомегалии также существенно различались не только при описанных выше данных (1-2 степень), но и при достижении объема органа более 1000 мл. Так, формирование гигантской спленомегалии свидетельствует не только о декомпенсации воротного кровотока, но и о значительном снижении портальной перфузии, показатели которой составили $135,4 \pm 5,3$ против $170,9 \pm 7,4$ мл/100мл/мин в группе с объемом селезенки 700-1000 мл ($p < 0,001$). Полученные результаты еще раз обосновывают эффективность проведения перфузионной компьютерной томографии у больных ЦП, которая в совокупности с данными МСКТ-ангиографии с верификацией трансформации притоков воротного бассейна на фоне ПГ позволяет определить степень гемодинамической перестройки внутрипеченочного кровотока.

Выводы. Изменение ангиоархитектоники с расширением магистральных вен воротной системы в ответ на прогрессирующий внутрипеченочный блок направлено не только на компенсацию нарастающей ПГ, но и на поддержание адекватной перфузии печени. При этом о начале декомпенсации гепатопортального кровотока с существенным снижением портальной перфузии свидетельствует трансформация v.lienalis более 15 мм и увеличение объема селезенки более 1000 мл. В свою очередь об ограниченных резервных возможностях портальной системы, как противодействия факторам внутрипеченочного блока с ПГ и снижения гепатопортального кровотока, свидетельствуют малый диаметр v.lienalis и отсутствие или развитие умеренной спленомегалии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Дилкашев А.Н., Махмудов З.Т., Раззаков Э.Б., Акбаров И.Н., Эшиматов М.М.
Андижанская Областная Травматологическая и ортопедическая больница*

Врожденные заболевания опорно – двигательного аппарата являются одним из тяжелых страданий как для матерей, так и для больных детей с соответствующими психологическими, социально – экономическими последствиями. Развитие данной патологии зависит от многих факторов, к которым относятся индивидуальные и наследственные особенности организма человека, условия труда, быта, питания и, конечно, состояния медицинского обслуживания населения. Одной из острых проблем врожденных заболеваний опорно – двигательного аппарата для нашей республики, непосредственно связанной с обеспечением здорового поколения, является врожденной вывих бедра.

В лечении и профилактике врожденного вывиха бедра считают, что полное его излечение возможно при условии правильной центрации головки бедренной кости в вертлужной впадине. Достигнуть это можно если начинать лечение в первые часы или дни жизни ребенка, когда вторичные изменения сочленяющихся поверхностей выражены незначительно. Поэтому диагностика и начало лечения этой патологии у новорожденных в условиях родильного дома приобретает исключительную важность.

Одним из ранних признаков врожденного вывиха бедра является симптом соскальзывания. Определить такой симптом соскальзывания можно применив методику выявления по принципу рычага при фиксированных в пространстве коленных суставах. Поддерживая бедра в среднем отведении ($40-50^\circ$) и попеременным давлением пальцев расположенных по наружной поверхности бедра спереди и наоборот, давлением большого пальца кзади, головка бедра приводится в состояние смещаемости, которая ощущается руками обследующего.

Однократные осмотры недостаточны; ребенок при первом осмотре может напрячь мышцы и невозможно будет выявить этот симптом. Поэтому окончательное решение о наличии или отсутствии у ребенка симптома соскальзывания можно вынести после двух - или трехкратного обследования детей в родильном доме.

Начало лечение проводим максимально щадящим способом. В течение первой недели вполне достаточно применение широкого пеленания, которое в течение первой недели вполне достаточно.

Начиная со второй недели используем отводящую прокладку с носочками лямками (типа стремян Павлика), что обеспечивает сгибание бедер под углом 90° и отведение на $70-80^\circ$. Этим достигается постоянная правильная центрация головки бедра во впадине, что способствует сокращению растянутой капсулы сустава и исчезновению симптома соскальзывания. При нарушении этого принципа, совершающееся постоянное скольжение головки по впадине приводит к развитию сформированного вывиха или подвывиха. Отсюда очевидно, что первые 5-10 дней жизни ребенка имеют решающее значение в исходе предвывиха.

Нередко после выписки детей из роддомов врачи поликлиник допускают ошибку продолжая лечить детей с симптомом соскальзывания только широким пеленанием, или отводящими прокладками типа подушки Фрейка.

Эти приспособления не обеспечивают ребенку необходимого положения Лоренц - 1. При таком лечении детей с симптомом соскальзывания мы у 20 больных к 3 - месячному возрасту обнаружили ухудшение рентгенологических показателей развития тазобедренных суставов: асимметрия величины "h" или ее уменьшение с обеих сторон на 2-4 мм, в трех суставах ацетабулярный угол был увеличен до 40°. Поэтому применение носочков с лямками с недельного возраста обязательно. Диапазон движений, сохраняющийся между углом 90° и углом при максимальном сгибании бедра в тазобедренном суставе является условием для активного движения ног, которое способствует сохранению нормального мышечного тонуса.

Выводы:

1. При ранней диагностики и лечении врожденного вывиха бедра у новорожденных соблюдение врачами ряда особенностей приведенных в работе позволяет достигнуть хороших результатов уже к 3-4 месяцам их жизни.
2. Отводящая прокладка с носочками - лямками является щадящим и эффективным способом лечения врожденного вывиха бедра у новорожденных.

ПРОФИЛАКТИКА И ПУТИ УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЬНАЯ ОТВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

*Гофуров И.Н., Эшматов М.М., Акбаров И.Н., Раззаков Э.Б., Дилкашев А.Н.
Андижанская Областная Травматологическая и ортопедическая больница*

В генезе разгибательной отводящей контрактуры тазобедренного сустава лежат различные заболевания. За 20 лет существования отделения патологии тазобедренного сустава наблюдалось более 100 больных с данным диагнозом. Только это заболевание называли по разному (Врожденная РОК; «хрустящий» тазобедренный сустав; контрактура в результате асептического некроза). В последнее время широко изучая и наблюдая эту патологию во время операций пришли к заключительному диагнозу – «Разгибательная отводящая контрактура тазобедренного сустава» (РОК).

За последние 12 лет (2007 – 2019 г.г.) в поликлинике и стационаре наблюдалось 74 больных (88 суставов) с этим диагнозом. В возрасте до 1 года – 17, 1-2 лет – 13, 2-3 лет – 14, 3-5 лет – 16, 5-9 лет – 14; из них девочек – 52 (70,3%), мальчиков – 22 (29,7 %).

Всем больным проведено клиническое обследование и рентгенография тазобедренных суставов.

У детей до 1 года клинические признаки заболевания скудны, проявляются в виде «щелчка» при пеленании матерью ребенка. Кроме того, движения в тазобедренном суставе не гладкие, особенно выражено ограничение приведения бедра.

С началом ходьбы, кроме симптома «щелчка», матери наблюдают, что когда ребенок садится на унитаз, ноги сгибаются в коленных суставах и непроизвольно ротируются наружу. За счет ротации ног наружу и смещения центра тяжести в сторону дети не могут быстро бегать. При осмотре ягодичной области углубление («Ягодичная ямочка») не выражено, а мышцы вокруг неё, особенно мышцы потягивающие бедренную фасцию, напряжены. При ходьбе больного с односторонней патологией отмечается поворот таза в сторону и впереди. Симптом Гранделенбурга отрицателен. Один из основных тестов: ребенка садят на корточки и при сгибании тазобедренного суставов до 70-80° ноги непроизвольно ротируются наружу и ребенок падает назад.

Ещё один из объективных признаков: ребенка укладывают на спину, ноги сгибают до 140-150° в сагиттальной плоскости, при дальнейшем сгибании под действием tractus iliotibialis ноги ротируются наружу. Приведение согнутых ног невозможно. При укладывании ребенка на живот затруднен переход в «коленно - локтевое» положение.

Следующим признаком является невозможность отведения тазобедренного сустава наружу более чем на 20-14° в положении ребенка на животе.

Исходя из многолетнего опыта мы разработали следующую классификацию данной патологии:

1. Идиопатическая – причины не выявлены – 15 больных;
2. Возникшие в результате остаточных диспластических процессов при лечении дисплазии тазобедренного сустава – диспластическая 90 к – 40.
3. Возникшие в результате недостаточности или повреждения нервно – мышечного аппарата – неврогенный тип – 11.
4. РОК, возникшие в результате ятрогении (операции на суставах, постинъекционные фиброзные изменения ягодичных мышц) – 8.

Лечение данной патологии проводится в зависимости от возраста ребенка. До 2 лет применяют в основном консервативные методы (электрофорез с лидазой, парафин, расслабляющий массаж). В 30% случаев эффект положительный. Ко с началом ходьбы ребенка коэффициент эффективности данных процедур снижается и больным показано оперативное лечение. Операция производилась у 52 больных (42 сустава). При двухсторонней патологии в тяжелых случаях операцию на контратеральном суставе проводили после 3-4 месячного срока, при легких и средние – тяжелых формах операция производилась с 2 сторон одновременно.

Оперативное вмешательство производилось под общим обезболиванием в положении больного на боку. Разрез осуществлялся под большим вертелом и продолжался на 4 см вниз. Производилось послойное рассечение операционного поля. После продольного рассечения широкой фасции бедра производилось Z – образное удлинение сухожилий m tensor fasciae latae и m. Gluteus maximus. Во многих случаях произведен ревизией (bursa trachanterica) и высвобожден. На операционном столе в время операции нога сгибалась в коленном и тазобедренном суставе.

В особых случаях у детей старшего возраста приходилось удлинять мышцы, прикрепляющиеся в большому вертелу. Операционную рану зашивают послойно. Раньше накладывалась гипсовая повязка на 1 месяц, а в последнее время производится вытяжение за гипсовый «сапожок». На 10 – 12 день после снятия швов производилась постепенная разработка сустава в течении 2 недель. Детям разрешается ходить спустя 1-1,5 месяца после операции.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В 100% случаев эффект от операции положительный.

Исходя из вышеперечисленного можно сделать вывод что к возникновению РОК приводят различные факторы (врожденные, приобретенные). Детей младшего возраста и легкие формы следует лечить консервативно. Перед операционный консервативное лечение уменьшает объем операции и приводит в уменьшению оперативное вмешательство, способствует скорейшему выздоровлению.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

*Гофуров И.Н., Раззаков Э.Б., Дилкашев А.Н., Эшматов М.М., Акбаров И.Н.
Андижанская Областная Травматологическая и ортопедическая больница*

Врожденная косолапость – одна из самых распространенных врожденных деформаций опорно – двигательного аппарата у детей. По данным консультативных поликлиники и стационара научно – исследовательского института травматологии и ортопедии Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан о ней составляет 8,25% (5), по данным других авторов – 10-16,8%.

В Ортопедической отделении Андижанской областной травматолого-ортопедической больницы, являющейся базой курса Травматологии, ортопедии и нейрохирургии Педиатрического факультета Медицинского института. За 10 лет (2009 – 2019 гг.) оперативному лечению по поводу врожденной косолапости проведены операции 122 пациентам : 84 мужского и 37 женского пола, что соответствует 69,8% и 30,2% или соотношение 2,3 : 1. двусторонняя косолапость наблюдалась у 73 (60,1%), односторонняя – у 48 (39,9%) больных, причем левосторонняя и правосторонняя одинаково по 24.

Всего сделано операций на 156 стопах, одновременно на двух стопах у 35 больных и 86 на одной стопе. Из них операций на мягких тканях по методу Т.С. Зацепина (1939 - 1956) – 61, на костях стопы – серповидная резекция костей стопы по Куслику на 5 стопах, подтаранной трехсуставной ортрорез голеностопного сустава у 1 больного, компрессионно – дистракционный метод с применением аппарата Илизарова на 89 стопах, из них с хирургическим вмешательством на сухожилиях на 29 стопах.

Наблюдаемые нами осложнения хирургического лечения косолапости: некроз кожи по внутренней поверхности стопы с некрозом сухожилий, нагноение раны и ее краев, вынудили нас искать более оптимальный вариант лечения. Проанализировав, мы пришли к выводу, что аппаратное лечение имеет все преимущества, так как удлинение сухожилий, кожных покровов, связок суставов, расширение суставных щелей между плюсневыми костями , предплюсны и голени приходит медленно, дозированно, не страдает трофика тканей, иннервация ее. Наблюдаемые при этом осложнения – нагноение вокруг спиц, быстро купируются орошением шариков спиртов и фурацилином, при необходимости в окружность спиц вводят растворы антибиотиков.

Поэтому в последующие годы (2009 - 2019) полное преимущество было отдано аппаратному лечению – 81 операция из 85. однако наблюдаемые нами рецидивы отдельных случаев косолапости: приведение переднего отдела, полая, опущенная стопа заставили нас пересмотреть методику удлинения ахиллова и других сухожилий, рассечению подошвенного апоневроза дополнительно в компрессионно – дистракционному методу. Из проведенных в 2009 – 2019 годах операций на 55 стоп комбинированный дистракционный метод с элементами хирургического вмешательства сделан на 34 стопах.

Изучая ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения врожденной косолапости мы пришли к выводу, что компрессионно – дистракционный метод коррекции стопы имеет все преимущества перед другими методами. В показанных случаях его надо дополнять хирургическим вмешательством на сухожильно – связочном аппарате и костях.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИ СИНИШИДА ИНТРАМЕДУЛЯР БЛОКЛОВЧИ ИМПЛАНТАТЛАРНИ ҚУЛЛАШ

*Эшматов М.М., Акбаров И.Н., Гофуров И.Н., Раззаков Э.Б., Дилкашев А.Н.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Фан-техникани тез авж олиб бораётган даврда ишлаб чиқариш, йул транспорт ходисаси, маиший травма, спорт травмаси ва ҳақозлар натижасида куплаб травматик шикастланишлар учраб турибди. Суяк мушак системаси касалликлари ичида узун найсимон суякларни диафизар синиши вагинчалик ишга лаёқатсизликка ва бирламчи ногиронликка олиб келувчи асосий сабабларидан биридир.

Узок вагинчалик ишга лаёқатсизлик, ногиронлик, даволанишга кетаётган куплаб моддий харажатлар тиббий ижтимоий муаммоларнинг бир қисмидир. Андижон Вилоят Травматология Шифохонасида 2018-2019 йиллар давомида узун найсимон суякларни синиши билан мурожат қилган беморларни таҳлил қилинди. Бунда касаллар икки гуруҳга яъни эски анъанавий даволаш усуллари билан даволанганлар, ҳамда ChM (Польша) фирмаси блокловчи штифтлари билан интрамеуляр остеосинтез қилинган беморлар бир-бири билан солиштирилди. 2 йил давомида турли хил сегментлар билан шикастланган 214 нафар бемор мурожат қилди. Булардан 92 нафари (42,9%) ChM (Польша) фирмасини блокловчи штифтлари билан , 122 нафари (57,1%) эски анъанавий усуллар билан даволанди.

ChM (Польша) фирмаси блокловчи штифтлари билан даволанган 92 нафар бемордан: 42 таси (45,6%) сон суяги буйни ва кустларо синиши, 23 таси (25,1%) сон суяги диафиз қисми, 14 таси (15,2%) катта болдир суяги диафиз қисми, 13 таси (14,1%) елка суяги диафиз қисмидан синиши. Кузатув даврида шулар аниқландики, эски анъанавий усуллар яъни экстремеуляр пластинкалар, интрамеуляр штифтлар билан остеосинтез қилингандан сунг ва скелет тортмада даволангандан сунг ташки фиксация учун гипс қуйилган. Гипс боғламда узок вақт даволаниш натижасида уз навбатиди бугимларда контрактура, анкилоз ҳолатлари, ётоқ яралар, гиподинамия ҳисобига соматик касалликлар қушилиш ҳолати кузатилди. Бу ҳолатлар уз навбатиди беморни меҳнат фаолиятига эрта қайтишга тусқинлик қилади. Операциядан кейинги реабилитация куп вақт ва ортикча моддий харажатлар талаб қилади.

ChM (Польша) фирмаси блокловчи штифтлари билан остеосинтез килингандан сунг 92 нафар бемордан 91 та беморда жароҳатлар бирламчи битди. 1 та беморда йирингли асорат кузатилди. Бу усулни авзаллиги операциядан сунг узок вақт ташки фиксация қилиш талаб қилинмади. Бу эса уз навбатида бугимлардаги ҳаракатлар сақланиб қолишини таъминлайди. Кон, лимфа айланиши нормал ҳолатда бўлади ва суяк регенерацияси тезлашади. Айниқса, суякларни ук бўйича ротацион иккиламчи силжиши кузатилмади. Политравмаларда бир вақтни узида сон суяги, катта болдир суяги ёки елка суяги биргаликда сингандан ушбу усул авзаллиги аниқланди. Ташриҳ давомида тери кесмаси кичиклиги, синган соҳа очилмаслиги суяк консолидациясига ижобий таъсир курсатади. Бундай беморлар эрта оёққа туриши, операциядан кейинги реабилитация вақти қисқариши, моддий харажатлар камайиши, беморларни меҳнат фаолиятига эрта қайтиши замонавий тиббиётнинг ютуқларидан биридир.

БОЛАЛАРДАН ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ КИСМИ СИНШИДА НЕРВ ТОЛАЛАРИ ШИКАСТИНИ ЭРТА ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ

*Акбаров И.Н., Эшматов М.М., Хакимов Н.Ф., Гофуров И.Н., Дилкашев А.Н.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Елка суяклари дистал қисми синиши - булар дунг усти ва дунглараро синиши ички дунг синиши ва ташки дунгни дунг боши билан синишидир.

Биз 2017-2019 йилларда Андижон вилоят ортопедия ва травматология шифохонасида елка суяк дистал қисми синишлари бўйича 58 та беморни кузатувдан утказдик.

Елка суяклари дистал қисми синишда нерв толаларини шикастланиши асосан суяк булагини натижасида лат ёйиш ва эзилиши, гипсли боғламда эзилиб қолиши, суяк буларлари репозициясида юмшоқ туқима шиши кул муолажалардан сунг шикастланади.

Текширувлар шуни курсатдики юқоридаги нерв шикастланиши жами нерв шикастланишини 12% ташкил қилади. Нерв толаларига ажратсак - билак нерви 10,5% урта нерв - 7,0% тирсак нерви 14,2% дан иборат.

34 та бемор шикастланган 2 соатдан сунг, 11 та бемор 6 соатгача 8 таси 24 соатгача 5 та бемор 3 кунгача мурожаат қилган бемор болаларни ёшини 2 ёшдан 11 ёшгача белгилади. Угил болалар 38 та кизлар 20 тани ташкил қилди.

Нерв шикастлари ичида тирсак нерви шикасти куп учрайди. Елка суяги дунглараро синишида 14 та, дунг усти синишида 12 та тирсак нерви шикастланиши учради. Буни тирсак нервини топографик анатомияси бўйича елка суяги дистал қисмида жойлашиши билан боғлиқ. Елка суяги дунглараро ва дунг усти синишлари натижасидаги нерв шикастланишини бартараф этиш учун компрессион-дистракцион остеосинтез ёки Илизаров мосламасидан фойдаланиш яхши натижа бери. Елка суяги дистал қисмини синишига гипсли боғлам қуйиш нерв шикастланишини даволашда кийинчилик тугдиради.

Биз нерв шикастланишида асосан консерватив даволаш олиб бордик.

Асосан нейростимулловчи терапия, витаминотерапия, суяк синиғи бирламчи битганда биостимуляторлар, физиотерапия эса тирсак бугимини нерв шикастланган аъзолари анкилангач қуйилди.

4 та беморда оператив даво қулланилди, тирсак нерви ревизия қилинди. Буларни дунглараро очик синишлар ташкил қилди. Бунда асосан перинерврал кон қуйилишлар кузатилди.

Билак нерви билан 15 та бемор кузатилди. Бунда дунглараро ва дунгусти синиғи шу билан бирга дунг бошидан синиғида учради. Буларни аниқлаш ва даволашда тирсак нерви шикасти каби муолажалар белгиланиб олиб борилганда яхши натижа бери. Оператив даволаниш билан 2 та бемор кузатилди. 1 та бемор эски асорат билан нерв ревизия қилинди нерв шикасти аниқланиб невролиз операцияси утказилди.

Ургаччи нерв шикастланишида 12 та бемор кузатилди. Шу соҳа суяк синишлари репозицияқилинди. Консерватив даво яхши натижа бериб оператив давога курсатма берилмади.

Юқоридаги беморлари барчасида тикланиш 3 ҳафтадан 12 ҳафтагача давом этди. Булар нерв шикастланиши нервни шикасти чуқурлиғига қараб тикланди.

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки елка суяк дистал қисми синишларида нерв шикастланишини эрта аниқлаш эрта даволаш нерв тикланишига яхши самара беради.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

*Жалалдинов С.Ж., Ахмедов Т.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Вторичная неоваскулярная глаукома (НВГ) - одна из самых тяжелых форм вторичной глаукомы. Одной из частых причин развития неоваскулярной глаукомы являются диабетическая ретинопатия.

Цель исследования- дать характеристику имеющимся классификациям неоваскулярной глаукомы

Материал и методы исследования. Для исследования были взяты классификации Weiss и Gold, M.B. Shields и по МКБ-10.

Результаты исследования. Классификация неоваскулярной глаукомы впервые предложена Weiss и Gold. В ее основу положена распространенность новообразованных сосудов в радужной оболочке и в иридо-корнеальной зоне.

Согласно классификации Weiss и Gold выделяют 4 степени неоваскулярной глаукомы.

При первой степени новообразованные сосуды видны лишь на участках, занимающих не более двух квадрантов в зрачковой зоне. В углу передней камеры на этом же протяжении могут наблюдаться тонкие сосудистые веточки, пересекающие склеральную шпору и разветвляющиеся на трабекулярную сеть.

Для второй степени неоваскуляризации характерна аналогичная клиническая картина, но с распространением уже в зоне более двух квадрантов.

Третья степень отличается тем, что новообразованные сосуды распространяются не только по зрачковой зоне радужки, но и на цилиарную область на площади от одного до трех квадрантов. При этом происходит образование периферических гониосинехий в углу передней камеры.

И для четвертой степени неоваскуляризации характерно распространение новообразованных сосудов и гониосинехий более чем на 3 квадранта.

В 1992 году M.B. Shields предложил клиническую классификацию неоваскулярной глаукомы. Он предлагает выделять следующие основные стадии:

Стадия преглаукомы.

Новообразованные сосуды выявляются клинически на радужке и в углу передней камеры, который открыт. Нарушение офтальмотонуса не выявляется (за исключением случаев, когда имеется сопутствующая первичная открытоугольная глаукома).

Стадия вторичной глаукомы с открытым углом передней камеры.

Новообразованные сосуды расположены более плотно на поверхности радужки и в углу передней камеры, который все еще открыт. Внутриглазное давление повышено, часто имеется гифема (данная клиническая картина описывалась ранее как геморрагическая глаукома). На этой стадии наличие фиброваскулярной мембраны, покрывающей радужку и угол передней камеры, мешает эвакуации внутриглазной жидкости, чем и объясняется повышение внутриглазного давления.

Стадия вторичной глаукомы с закрытым углом передней камеры. На этой стадии происходит сокращение фиброваскулярной мембраны, что ведет к изменениям на поверхности радужки и в углу передней камеры. Радужка смещена кпереди, строма ее уплощена, имеется выворот пигментного листка и механическое расширение зрачка. При гониоскопии выявляется смещение периферической части радужки кпереди, частичная или полная гониосинехия, которая ответственна за подъем внутриглазного давления. Эта стадия может сопровождаться выраженным болевым синдромом.

Согласно МКБ-10 выделяют следующие стадии неоваскулярной глаукомы

Стадия 1 - рубеоз радужки - характеризуется нормальным внутриглазным давлением, появлением новообразованных сосудов у зрачкового края радужки, нормальным углом передней камеры, и изменениями зрительных функций, обусловленных заболеванием глаза, которое привело к неоваскуляризации.

Стадия 2 - открытого угла - характеризуется повышенным внутриглазным давлением, появлением новообразованных сосудов на всей поверхности радужки и во всех структурах угла передней камеры, образованием гониосинехий. Изменения зрительного нерва, зрительных функций имеют глаукомный характер и обусловлены повышенным внутриглазным давлением.

Стадия 3 - закрытого угла - характеризуется значительным повышением внутриглазного давления, болевым синдромом. Значительный рубеоз и гиалиноз радужки, форма зрачка неправильная с выворотом пигментной каймы, есть как задние, так и передние синехии, дегенерация роговицы. Резко изменена структура угла передней камеры. Зрительные функции отсутствуют.

Заключение. Таким образом, как видно из классификаций, неоваскулярная глаукома - имеет признаки как открытоугольной, так и закрытоугольной глаукомы и циклическое течение. Вследствие распространения ангиогенного фактора на радужку и дренажную систему глаза при сосудистых заболеваниях глаза новообразованные сосуды распространяются на радужку (рубеоз), угол передней камеры, что приводит к структурным изменениям угла передней камеры и повышению внутриглазного давления.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Жалалдинов С.Ж., Ахмедов Т.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Неоваскулярная глаукома остается одним из самых тяжелых осложнений диабетической офтальмопатии и занимает второе место среди причин развития необратимой слепоты.

Цель исследования – изучить клинические проявления неоваскулярной глаукомы.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились клинические проявления неоваскулярной глаукомы у 15 больных лечившихся в глазном отделении клиник АГМИ.

Результаты исследования

Неоваскулярная глаукома в начальной стадии протекала у всех больных бессимптомно и выявляется только при использовании биомикроскопии и офтальмоскопии.

По мере прогрессирования глаукоматозного процесса появлялись клинические признаки, которые дали основание безошибочно решать вопрос о наличии неоваскулярной формы глаукомы при диабетической ретинопатии. В первую очередь, это относилось к появлению новообразованных сосудов по краю зрачка и в углу передней камеры, которые в последующем распространялись по всей поверхности радужки. Одновременно с формированием новых сосудов у 2 больных выявились признаки буллезной кератопатии. Это состояние, в сочетании с уже значительным повышением внутриглазного давления, сопровождалось резкой болью в глазу, которая иррадиировала в соответствующую половину головы. На фоне общей слабости появлялась тошнота.

У всех больных имелась четко выраженная перикорнеальная инъекция, передняя камера была обычно нормальной глубины, а в радужной оболочке были видны новообразованные сосуды.

Заключение. Таким образом, клиническая картина неоваскулярной глаукомы довольно типична, сопровождается интенсивными болями в глазу и новообразованными сосудами в радужной оболочке.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Жалалдинов С.Ж., Ахмедов Т.Б
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Неоваскулярная глаукома одна из тяжелых форм вторичной глаукомы. Одной из наиболее частых причин неоваскулярной глаукомы являются диабетическая ретинопатия. Заболевание характеризуется тяжелым течением, как правило, резистентным к медикаментозной гипотензивной терапии, и сравнительно быстро переходит в терминальную стадию, сопровождающуюся выраженным болевым синдромом на фоне высокого ВГД, а в ряде случаев влечет за собой потерю глаза как органа.

Цель исследования – изучение методов лечения неоваскулярной глаукомы у больных с диабетической ретинопатией

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились имеющиеся методы лечения неоваскулярной глаукомы.

Результаты исследования. Для лечения неоваскулярной глаукомы предложены многочисленные методы антиглаукоматозных операций. Их можно разделить на операции фистулизирующего типа: трабекулэктомию, субсклеральную иридэктомию с аллодrenированием, заднюю фильтрующую витрэктомию. И операции, направленные на снижение продукции внутриглазной жидкости путем воздействия на цилиарное тело холодом, диатермическими токами и лазером, низко- и высокочастотным ультразвуком.

Традиционные фистулизирующие операции, а также множество модифицированных вмешательств, как правило, сопровождаются геморрагическими осложнениями как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Они часто не дают желаемого результата, так как вновь созданные пути оттока внутриглазной жидкости блокируются новообразованными сосудами, фиброваскулярной мембраной, рубцовой тканью.

Важным направлением в лечении неоваскулярной глаукомы является дренажная хирургия. Используются аллоэкспланты из силикона, гидрогеля и др. Применяются диодная, YAG-лазерная трансклеральная, трансконъюнктивальная, циклофотокоагуляция, эндофотокоагуляция, ультразвуковая склероциклодеструкция. Однако изолированное применение циклодеструкции либо фистулизирующей/дренирующей хирургии при лечении неоваскулярной глаукомы не позволяет воздействовать на все патологические звенья, обуславливающие повышение ВГД у данной категории больных, и обеспечить стойкую его нормализацию. Поэтому предложены комбинированные микрохирургические вмешательства.

Проведенные исследования показали, что эффективность хирургического лечения неоваскулярной глаукомы при использовании только фистулизирующих вмешательств невысока – до 40-50%, а применение комбинированных операций позволяет повысить эффективность до 70%.

Заключение. Таким образом, консервативное лечение неоваскулярной глаукомы малоэффективно, хирургическое лечение зачастую осложняется кровотечением из новообразованных сосудов, последующим рубцовым закрытием фистулы, рубцеванием конъюнктивальной подушечки, что делает актуальной проблему разработки новых методов лечения неоваскулярной глаукомы в офтальмологии.

ТАЖРИБАДА ГИПЕРТИРЕОЗ ҲОЛАТИДА ҚОНДАГИ АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ВА НОСПЕЦИФИК ИММУН ОМИЛГА ТАЪСИРИ

Жаллилов М.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти
Тошкент Тиббиёт Академияси

Эндокрин касалликларига ташки омилларнинг, экология ўзгаришининг, салбий рухий таъсирларнинг ва б. факторлар таъсирининг профилактикасига қарамай, гипо-гипертиреознинг ортиб бориши кузатилмоқда. Кўплаб олимларнинг илмий изланишларига қарамадан, организмнинг қурашиш хусусиятига, эндокрин безлари гормонларининг таъсирини ўрганиш ақтуаллигича қолмоқда.

Шу нарса фанга маълумки, иммун тизимнинг нормада ва ҳар хил касалликларининг бошқарилишида нейроэндокрин гормонлари асосий роль ўйнайди. Қалқонсимон без хасталикларига аутоиммун тиреопатия асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Улар асосида қалқонсимон безнинг иммун шамоллаши иммун статусни гипер ёки гипо ҳолатда клиник ўзгаришига олиб келади.

Эндокрин касалликларининг эрта даврида плазмада цитокинларнинг юкори даражада бўлиши, гипертиреознинг ривожланишида иммун ҳолатнинг бузилишидан дарак беради. Бу ҳолат организмнинг носпецифик реактивлиги бузилиши – комплементга, лизоцимга ва қон плазмасида айланаётган иммун комплекслар таъсиридан дарак беради.

Охирги даврда кўплаб олимларнинг текширувларидан шу нарса маълумки, қалқонсимон без иммун тўқималарининг бузилиши иммун комплексида лизоцим, фагоцитар ҳужайраларнинг активлашига олиб келиши ҳамон мунозарали бўлиб қолмоқда.

Мақсадимиз: организмда носпецифик иммунитет макерларини экспериментда ўрганиб чиқиш.

Тажрибада 40 та вазни 200-220 гр бўлган пародасиз эркак оқ қаламушларда гипотиреоз ҳолати чақирилди. Қаламушлар 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи назорат (тегилмаган) гуруҳга 8 та қаламуш, қолган гуруҳларда 16 тадан бўлиниб тирозол бериш ҳисобига гипотиреоз ҳосил қилинди. Улар тирозол сувли крахмал ёрдамида озиклантириб борилди, шунда ўлим ҳолати кузатилмади. Гуруҳлар 8 тадан 2 гуруҳга бўлиниб 10 ва 21 кунлари декапитализация қилинди.

Назорат гуруҳига шунча сув физиологик эритма ҳисобидан берилди.

Асосий гуруҳдан модул ҳосил қилишда 5, 10 кунлари, гипертиреоз ҳосил бўлгандан кейин 5, 10 кунлари қон олиб текширилди, гипертиреоз маркерларига (лизоцим, комплемент, ЦИК). Олинган анализлар шуни кўрсатдики, қон

зардобдаги комплемент активлиги 5 кунда назорат гуруҳига қараганда бир хил нормада (24,6% ; $P < 0,001$), лизоцим кайтанга пасайган (25,3%; $p < 0,001$). L тироксинни 10 кун бериш қон зардобда айланаётган иммун комплексга нисбатан таъсир килмади, назорат гуруҳи билан бир хил нормада (29,7%; $p > 0,05$). Комплементнинг активлиги 5 чи кундаги билан бир хилда қолмоқда (25,0%; $p < 0,001$), лекин бу юқори кўрсаткич. L тироксин берилгандан сўнг 10 кунда лизосимнинг активлиги 10,7%; $P < 0,001$ га ортади, лекин 5 чи куни бу кўрсаткич 16,5%; $p < 0,001$ ни ташкил килган. 10, 20 кунларда гипертиреоз ҳолатидаги ҳайвонларда бу кўрсаткичлар қуйидагича: қон зардобда айланиб юрувчи иммун комплекс 10 чи кун нормага яқин бўлса, 20 чи кун бу кўрсаткич 23%; $P < 0,001$, қон зардобдаги комплемент активлиги 10 чи кунда 45%; $P < 0,001$ га тенг бўлса, 20 чи кун 37, % $P < 0,001$ га ортди. Қон таркибидаги лизосом активлиги 19,9% дан 69,7% $P < 0,001$ га ортди. Гипертиреозда қон зардобдаги айланувчи иммун комплекс аста-секинлик билан ортиб (4,2%-27%) борди. L тироксинда қақирилган гипертиреоз ҳолати экспериментал ҳайвонларда шунини кўрсатдики, 5 ва 10 кунларда катта ўзгариш содир бўлмайди, бир оз концентрация ортиши юзага келади. Лекин 10 чи кундан бошлаб учала кўрсаткич ҳам кўтарилиб, организмга салбий таъсирини кўрсатади.

Олинган экспериментал маълумотлардан шунини аниқласа бўладики, беморларда тиреоид гормонларининг ортиши қон зардобда комплементларнинг ортиб кетишига олиб келади. Шу қаторда лизоцимнинг ортиши ва қонда айланиб юрувчи иммун комплексларининг кўтарилиши ҳам кузатилади. Бу ҳолат организмда айтарли даражада катта ўзгаришларга олиб келади. Масалан, гипертиреоз модели ҳосил қилинган ҳайвонларнинг ташқи кўринишида ҳаракатининг тезлашуви, бир жойда туролмаслиги, вазнининг пасайиши, юнглариининг тўкилиши каби белгилари пайдо бўлди.

Организмдаги носпецифик иммунитетни ўрганишда шу нарса маълум бўлдики, калконсимон без гиперфункцияси организмларнинг юқори даражада ишлашига ва уларнинг ички хусусиятларининг пасайишига олиб келиб, ташқи таъсирга тез бериладиган бўлиб қолади.

ЭКСПЕРИМЕНТДА ГИПОТИРЕОЗ ҲОЛАТИНИ НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИ ВА ҚОНДА АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ТАЪСИРИ

Жаллилов М.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тошкент тиббиёт академияси

Охириги даврларда эндокрин касалликларига экологиянинг, руҳий зўриқишларнинг ва б. факторларнинг таъсири профилактикасининг камлиги туфайли гипо –гипертиреознинг ортиб бориши кузатилмоқда. Кўплаб изланишларга қарамадан, организмнинг курашиш хусусиятига эндокрин безлари гормонларининг таъсирини ўрганиш актуаллигича қолмоқда.

Шу нарса фанга маълумки, иммун системани нормада ва ҳар хил касалликларида нейроэндокрин гормонлари асосий рол ўйнайди. Калконсимон без хасталикларида аутоиммун тиреопатия асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Улар асосида калконсимон безнинг иммун шамоллаши иммун статусни гипо ёки гипер ҳолатда клиник ўзгаришига олиб келади.

Касалликнинг эрта даврида плазмада цитокинларнинг юқори даражада бўлиши, гипотиреоз ривожланишида иммун ҳолатнинг бузилишидан дарак беради. Бу ҳолат организмнинг носпецифик реактивлиги бузилиши – комплементга, лизоцимга ва айланаётган иммун комплексга таъсиридан дарак беради.

Кўплаб олимларнинг текширувларидан шу нарса маълумки, иммун тўқималарининг бузилиши иммун комплексида лизоцим, фагоцитар ҳужайраларнинг активлашига олиб келиши ҳамон мунозарали бўлиб келмоқда.

Мақсадимиз организмда носпецифик иммунитет макерларини экспериментда ўрганиб чиқиш.

Экспериментда 40 та вазни 200-220 гр бўлган пародасиз эркак оқ қаламушларда гипотиреоз ҳолат қақирилди. Қаламушлар 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи назорат (тегилмаган) гуруҳга 8 та қаламуш, қолган гуруҳларда 16 тадан бўлиниб тирозол бериш ҳисобига гипотиреоз ҳосил қилинди. Улар тирозолнинг сувли крахмали ёрдамида озиклантириб борилди, шунда ўлим ҳолати кузатилмади. Гуруҳлар 8 тадан 2 гуруҳга бўлиниб, 10 ва 21 кунлари декапитализация қилинди.

Назорат гуруҳига шунча сув физиологик эритма ҳисобидан берилди.

Асосий гуруҳдан 10, 21 кунлари гипотиреоз маркерига (лизоцим, комплемент, ЦИК) га қон олиб текширилди. Олинган анализлар шунини кўрсатадики, қон зардобдаги комплемент активлиги 10 кунда назорат гуруҳига қараганда бир оз кўтарилган (11,5% ; $p < 0,001$), 21 кунда ҳам олдинги кўрсаткич бўйича қолган (10,7%; $P < 0,001$). Тирозинни бериш мобайнида қон зардобдаги лизоцим миқдори назорат гуруҳига нисбатан озайиб борди, 10 кунда -9,5%; $p < 0,05$, 21 кунда 15,8% $P < 0,001$; Зардобда айланиб юрувчи иммун комплекс (ЦИК) билинарли даражада пасайди, 10 кун 32,2%; $P < 0,001$, 21 кунга келиб 39,4%; $p < 0,001$ га тенг бўлди.

3 чи гуруҳдаги ҳайвонларда 21 кунлик тирозол берилгандан сўнг гипотиреоз ҳолати тўлиқ қақирилиб, уч группачаларга бўлинди. 5, 10, 20 кунлари текширилаётган тестлар қайтарилиб кўрилди. 5 чи кунда қон зардобдаги комплемент активлиги 5,2% га кўтарилган, 10, 20 чи кунлари нисбатан нормадан пасайган (11,3%).

Гипотиреоз ҳолатидаги ҳайвонларда қон зардобдаги лизацим миқдори 5 чи кунда нормага яқин бўлган. 10 чи кунда сезиларли даражада пасайган (23%; $p < 0,001$), модел ҳосил бўлгандан кейинги 20 чи куни нормага яқинлашди.

Олинган экспериментал маълумотлардан шунини аниқласа бўладики, беморларда тиреоид гормонларининг етишмовчилиги қон зардобда комплементларнинг пасайиб кетишига олиб келади. Шу қаторда лизоцимнинг пасайишига ва қонда айланиб юрувчи иммун комплексларининг кўтарилишига олиб келади. Бу ҳолат организмда сезиларли даражада катта ўзгаришларга олиб келади. Масалан, гипотиреоз модели ҳосил қилинган ҳайвонларнинг ташқи кўринишида ривожланиб борувчи гиподинамия юзага келиб, уларнинг юнгларида алопецияга ўхшаш ўзгаришлар пайдо бўлди. Вазн ортиши белгилари пайдо бўлди.

Демак, гипотиреоз қақирини тирозол препарати организмда калконсимон безда тиропероксидазани ингибирлайди, ТТГ гормонининг ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади. Шундан кўриниб турибдики, гипотиреоз ҳолати калконсимон без

активлигини пасайтиради. Бу хасталик қалқонсимон без хасталиги бўлиб, нейроэндокрин система орқали бошқарилиши маълум бўлди.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИГА АСОРАТЛАНИШЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.
Тошкент Тиббиёт Академияси*

Йилдан йилга бутун жаҳонда нафас йўллари яллиғланиш касалликлари ахамиятли даражада ўсиб бормокда. Охирги йиллардаги тиббиёт статистикалари шуни кўрсатмоқдаки бурун ва БЁБлари касалликлари сезиларли даражада кўпайган. Шуни тақидлаш жоизки, юқори ва пастки нафас йўллари ўзаро анатомик ва физиологик ўзвий боғликлиги ҳисобига риносинуситларнинг ўсиши табиийки ўз навбатида ўпка касалликлари сонининг ошишига, хусусан пневмония касаллигининг ошишига олиб келади ва бу ҳолат бутунжаҳон етакчи экспертларининг биргаликда курашишига қарамадан ўзгаришсиз қолмоқда. Бутун жаҳонда эса йилига 17 миллион инсон пневмония билан касалланади ва 265 минг киши атрофида беморлар ўлимига олиб келади, оғир пневмониядан ўлим ҳолати 10% га етади ва бу ҳолат ўсишда давом этмоқда. Пневмония касаллиги айниқса ёш болаларда, қатта ёшли одамларда ва нафас олиш тизимида сурункали яллиғланишлар бўлган шахсларда кўп учрайди. 3 ёшгача бўлган болаларда риносинуситлар 94,7% ҳолатларда асоратлар билан кечади ва деярли ярим ҳолатларда пневмония билан асоратланади.

Тадқиқотнинг мақсади: бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг шифохонадан ташқари пневмонияли беморларда учраш нисбатлари, уларнинг пастки нафас йўллари таъсири аниқлаш ҳамда профилактик тадбирларни ўтказиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Тошкент тиббиёт Академияси кўп тармоқли клиникаси пульмонология бўлимида шифохонадан ташқари пневмония ташхиси билан стационар даволанган 60 нафар беморларда ЛОР аъзолари эндоскопик, рентгенологик ва микробиологик текширувлар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Шифохонадан ташқари пневмонияли беморларнинг 76% ида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари аниқланди. Бурун касалликларидан ўткир ринит 84% беморларни, сурункали ринит 67% беморларда, шулардан атрофик ринит 8% ни, оддий шакли 17% ни, гипертрофик шакли 23% ни ташкил этди. Беморларнинг 19% ида нейрофегетатив ва аллергик ринит, 28% ида эса бурун тўсиғи қийшайишлари аниқланди.

Бурун ёндош бўшлиқлари ўткир -67,8% ва сурункали касалликлари - 41,6% турли хил шаклларда аниқланди. Ўткир ва сурункали гайморит 48%, ўткир ва сурункали этмоидит 35%, ўткир ва сурункали фронтит-11% ва сфеноидит-19% беморларда ташхис қўйилди. Барча беморларда икки ва ундан кўп бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари зарарланишлари кузатилди.

Шифохонадан ташқари пневмонияли беморлар юқори ва пастки нафас йўллари микробиологик текшируви ўрганилди. Ўтказилган комплекс микробиологик текширувлар шуни кўрсатдики, беморларнинг балғами ва бурун ажралмаси асосий касаллик кўзгатувчилари сифатида *St.pneumonia*, *H.influenae* аниқланди.

Хулоса. Шифохонадан ташқари пневмонияли беморларнинг қарийиб 1/3 қисмида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари аниқланди. Шунингдек юқори ва пастки нафас йўллари патоген микробиологик пейзажи муттаносиблиги ҳам аниқланди. Ушбу текширувлар натижалари шундай хулосага келинадики, шифохонадан ташқари пневмонияли беморлар бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта аниқлаш ва самарали даволаш тадбирларини ўтказиш касалликнинг енгил даражада ўтишига, асоратланишларни олдини олишга эришилди. Шунингдек бу текширувлар натижасида пневмония касаллигини эрта ташхислаш ва профилактикасига ҳам эришиш имконини беради.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

*Журабоев К.О., Бутабоев Б.Б., Саттибоев И.И., Ташматова Ю.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Проблемы паллиативной медицины, касающиеся качества жизни, не обходят стороной и работающих в ней сотрудников. Проведенные в последние годы исследования свидетельствуют о подверженности работников паллиативной медицины формированию состояний личностной дезадаптации. Ряд исследователей отмечают, что наиболее напряженной областью медицины по психоэмоциональной нагрузке является онкология.

Во многих странах мира в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, в т.ч. находящихся в терминальной стадии их развития, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем.

Цель исследования. Достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей. Не поощрение желания "ускорить наступление смерти", а достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни инкурабельных больных, страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, их родственников. Необходим комплексный подход к решению целого ряда проблем.

Методы исследования. В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются:

- инкурабельные онкологические больные;
- пациенты, перенесшие инсульт;
- больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

К контингенту больных с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в первую очередь необходимо отнести пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований.

Обсуждение. Данные экспертов Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют, что ежегодно в мире регистрируются более 10 млн. случаев впервые диагностированных онкологических заболеваний. Большая часть инкурабельных пациентов - лица пожилого и старческого возрастов, имеющие множественные сопутствующие заболевания.

По статистике, в ВОЗ более 70% случаев онкологических заболеваний диагностируются именно у пожилых людей в возрасте от 60 лет и старше.

Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов приобретает первостепенное значение, а целью паллиативной помощи становится достижение не на словах, а на деле максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей.

Кроме того, в последние годы обсуждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, находящимся в терминальной стадии развития болезни (терминальная некорригируемая стадия хронической почечной недостаточности различного генеза; терминальная стадия хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания, некорригируемая или плохо поддающаяся коррекции; терминальная стадия цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью; перелом шейки бедра; дегенеративные заболевания костно-суставной системы; травмы позвоночника; рассеянный энцефаломиелит и др.).

Большое значение при этом приобретает гуманное отношение самого общества к людям, обреченным на смерть вследствие своего тяжелого заболевания. Не вызывает сомнения тот факт, что существующее в обществе уважение к человеку должно быть направлено к каждой отдельной личности и особенно к таким явлениям, как жизнь и смерть.

Система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи. В настоящее время концепция паллиативной помощи состоит в том, что преднамеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются.

К большому сожалению, в настоящее время в РФ не только в средствах массовой информации, но и в периодических медицинских изданиях вопросы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным обсуждаются крайне редко. Обращает на себя внимание тот факт, что многие участковые терапевты (врачи общей практики), которые курируют инкурабельных пациентов в амбулаторных условиях, не имеют соответствующей подготовки по паллиативной помощи.

Необходимо отметить, что в образовательных медицинских учреждениях на додипломном уровне на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения не представлены организационные и социально-медицинские аспекты паллиативной помощи.

Вывод. К числу факторов риска профессионально-личностной дезадаптации в деятельности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих помощь онкологическим больным, следует отнести психологический "феномен (синдром) выгорания".

Основой концепции современной паллиативной медицины является качество жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

В целом круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен. Но все они в конечном счете направлены на решение основной комплексной задачи - максимально возможное обеспечение качества жизни инкурабельных пациентов.

Качественная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

REFRACTIVE CHANGES IN PREGNANCY

*Zakirkhojaev R.A. Shavkatkhujayev K.N. Rajabova M.S.
Tashkent Medical Academy*

Relevance: Many say that pregnant women who have myopia should have medical care. During our study, we met many other types of refractive changes. We did several studies to determine the causes of changes during pregnancy. Also, we evaluated refractive corneal changes in women who become pregnant after undergoing excimer laser photorefractive keratectomy (PRK) for the treatment of myopia.

The purpose of the study: Our main aim is to learn refractive changes during pregnancy, results further will be used to make an algorithm for choosing delivery method depending on eye changes.

Materials and methods: Twenty one pregnant women were asked whether they had any alteration in vision. Part of them who said they had vision issues and who complained about their vision changes (4) were matched with those patients seen who had no complaints (5). Some of them underwent PRK and became pregnant during the follow-up period were reviewed (9).

Results: Women who complained of visual changes were found myopic shift from pre-pregnancy levels. 0.9 ± 0.5 diopters in the right eye and 1.0 ± 0.4 diopters in the left eye. Post partum, all subjects returned to near pre-pregnancy levels of myopia. Twelve of 18 eyes who underwent PRK (66%) had myopic regression during the follow-up period. The regression was associated with 1+ to 2+ corneal hazes in 10 of these 12 eyes (83.3%). The three women (6 eyes) who had stable refractions after PRK became

pregnant at least 5 months postoperatively. The corneal haze and the associated myopic regression improved in 50% of the eyes after delivery.

Conclusions: All pregnant women underwent a complete examination of eye during pregnancy. That part of pregnant women who had no refractive issues, examined once during pregnancy. Those who had vision alterations were seen again after delivery several times. Eyes that underwent PRK were followed for least 12 months after PRK.

This study shows worsening of myopia during pregnancy. Pregnancy seems to induce effects on corneal wound healing following PRK. The myopic shift causes are must be investigated more.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА И ЕГО ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ

Зулунов А.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) широко используется для выявления структурных изменений почек при ОП. Метод безопасен, относительно прост, необременителен для больного, к нему нет противопоказаний, результаты исследования не зависят от функционального состояния почек. Его применение зачастую позволяет избежать других, более сложных и дорогостоящих методов диагностики. Существует и целая группа пациентов, для которых УЗИ просто незаменимо - это беременные женщины и пациенты с непереносимостью рентгеноконтрастного вещества.

Однако широкое использование УЗИ в поликлиниках и стационарах не решило проблему диагностики ОП. Ультразвуковая картина описывается в основном качественными характеристиками, что ведет к зависимости от опыта специалиста и класса аппарата. Да и диагностическая ценность отдельных эхографических симптомов при этой нозологии различна.

Внедрение в клиническую практику доплеровского исследования расширило возможности УЗИ в урологии, поскольку появилась реальная возможность изучать кровоток в почке, не прибегая к рентгеновской ангиографии. Однако работ, посвященных применению ультразвуковой ангиографии (УЗА) в диагностике ОП немного, наблюдения немногочисленны, а их выводы противоречивы. В частности, недостаточно изучены возможности распознавания конкретных форм и стадий ОП, что могло бы способствовать своевременному выбору правильной тактики лечения и тем самым улучшить его результаты.

Цель исследования. Определить возможности ультразвуковой ангиографии в диагностике и мониторинге лечения острого пиелонефрита и его гнойно-деструктивных форм.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач в период с 2017 г. по 2019 г. нами проведено ультразвуковое обследование 107 больных, поступавших с подозрением на острые воспалительные заболевания почек в урологическое отделение в клинике АГМИ.

Результаты исследования. При УЗИ в режиме серой шкалы у больных гнойным пиелонефритом с достоверно большей частотой, чем при серозном ОП, обнаруживаются ограничение подвижности почки, увеличение ее размеров, нечеткость и локальное выбухание контуров, выраженное (более 1 см) утолщение паренхимы и изменения паранефральной клетчатки в виде ее утолщения и наличия в ней дополнительных гипо- или анэхогенных включений.

УЗА достоверно превосходит УЗИ почек в режиме серой шкалы по чувствительности (95,2%, $p < 0,001$) и точности (97,5%, $p < 0,02$) в выявлении ультразвуковых признаков деструкции паренхимы (гнойного ОП).

Для серозного ОП характерны нормальные показатели или начальные - I и II степени - нарушения почечной перфузии; отличием гнойного пиелонефрита являются тяжелые изменения паренхиматозного кровотока - III и IV степени нарушений выявлены у 95,2% больных.

УЗА позволила установить длительность периода восстановления паренхиматозного кровотока при консервативной терапии у больных серозным пиелонефритом, которая определяется исходной степенью его нарушений и составляет $10,04 \pm 0,59$ дня при I ст., $15,50 \pm 0,90$ - при II ст. и $21,00 \pm 2,58$ - при III ст.

Методом УЗА определены сроки нормализации перфузии почки после органосохраняющих операций у больных с гнойно-деструктивными формами ОП: при единичных очагах они составляют $40,17 \pm 10,66$ дней, при множественных - достоверно ($p < 0,05$) увеличиваются более чем в 2 раза - до $84,10 \pm 16,13$ дней.

Вывод. Изучение диагностических возможностей ультразвуковой ангиографии у больных с разными формами острого пиелонефрита позволило разработать оптимальный диагностический алгоритм применения лучевых методов исследования с целью раннего выявления гнойно-деструктивных форм, что создает условия для своевременного и правильного выбора лечебной тактики.

Метод позволяет осуществлять контроль на разных этапах лечения больных острым пиелонефритом и его гнойно-деструктивными формами, являясь надежным критерием оценки степени восстановлении функциональной способности оперированной почки.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Зулунов А.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острый пиелонефрит (ОП) - это бактериальное воспаление паренхимы и собирательной системы почки. По определению Н.А.Лопаткина, пиелонефрит - неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек, при котором в процесс вовлекаются почечная лоханка, чашечки и паренхима, характеризуется поражением в первую очередь и в основном межпочечной ткани. В конечной стадии заболевания процесс распространяется на кровеносные сосуды и клубочки.

Пиелонефрит, в основе которого лежит предшествующее органическое или функциональное нарушение уродинамики, принято обозначать как вторичный. Для первичного пиелонефрита характерно первичное инфицирование мочевыводящей системы. ОП может быть также диффузным и очаговым. Гнойными формами ОП являются абсцесс, карбункул и апостематозный нефрит. Параренальный ретроперитоне-альный абсцесс является осложнением пиелонефрита.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положены материалы обследования и лечения 106 больных, страдающих острым пиелонефритом и госпитализированных в урологическое отделение клиники АГМИ.

Результаты исследования. У больных с гнойно-деструктивным пиелонефритом имело место более тяжёлое состояние пациентов с выраженной интоксикацией организма. Только крайне тяжёлое состояние чаще имело место при гнойной стадии пиелонефрита (11 больных - 19,3%), чем при серозной (3 больных - 6,1%), разница статистически достоверна ($p < 0,01$).

Лейкоцитоз был выявлен у всех 106 (100%) больных. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево имело место у всех 57 (100%) больных острым гнойным пиелонефритом и у 44 (89,8%) из 49 пациентов с острым серозным пиелонефритом.

Лейкоцитурия имела место у 104 (98,1%) из 106 больных острым пиелонефритом, но при остром серозном пиелонефрите она была менее выраженной и составила $40,3 \pm 8,4 \times 10^6/\text{л}$ в 1 мл мочи, чем при гнойно-деструктивных формах заболевания - $71,6 \pm 6,7 \times 10^6/\text{л}$ ($p < 0,01$).

Бактериурия была выявлена у 101 (95,3%). Если у 86,9% больных с острым серозным пиелонефритом количество бактерий в 1 мл мочи не превышало титр 107, то у больных с острым гнойным пиелонефритом (98,2%) соответствовало титру 108-1010. Из мочи были выделены кишечная палочка (58,4%), энтеробактер (5,9%), протейс мирабилис (4,9%), протейс вульгарис (4,0%), клебсиелла (4,0%), стрептококкус пиогенус (4,0%), стафилококки (2,0%). Микробные ассоциации обнаружены у 8 (7,9%) больных острым пиелонефритом.

Ухудшились и показатели гуморального иммунитета. Так, уровень иммуноглобулина М возрос до $2,5 \pm 0,09$ г/л ($p < 0,001$), иммуноглобулина G - до $18,5 \pm 1,3$ г/л ($p < 0,001$), а иммуноглобулина А - до $3,8 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,001$).

Отмечена разница в показателях иммунитета у больных с острым серозным пиелонефритом по сравнению с больными, страдающими гнойно-деструктивными формами острого пиелонефрита. Так, если при остром серозном пиелонефрите количество Т-лимфоцитов было снижено до $36,7 \pm 3,1\%$, то при гнойно-деструктивных формах острого пиелонефрита составило $27,3 \pm 1,6\%$. Разница статистически достоверна ($p < 0,05$). У здоровых людей $53,9 \pm 2,4\%$ ($p < 0,001$). Количество Т-хелперов при остром серозном пиелонефрите было снижено до $17,5 \pm 1,3\%$, а при остром гнойном пиелонефрите - до $13,1 \pm 1,9\%$ ($p < 0,01$). У здоровых людей $24,0 \pm 2,6\%$ ($p < 0,001$).

Количество Т-супрессоров в крови у больных острым серозным пиелонефритом было повышено до $22,1 \pm 1,8\%$, тогда как при гнойно-деструктивных формах острого пиелонефрита - до $26,3 \pm 1,2\%$, и здесь разница была статистически достоверной ($p < 0,05$). У здоровых $16,1 \pm 1,5\%$ ($p < 0,001$).

Особенно отчетливой была разница в показателях функциональной активности лимфоцитов по реакции бласттрансформации лимфоцитов на фитогемагглютинин. У здоровых людей этот показатель составил 16209 ± 675 имп/мин, у больных острым серозным пиелонефритом - 10336 ± 507 имп/мин, а у больных острым гнойным - 6315 ± 762 имп/мин ($p < 0,001$).

Более существенно при гнойно-деструктивных формах пиелонефрита угнетались и неспецифические факторы защиты. Если уровень комплемента при серозном пиелонефрите был снижен до $94,2 \pm 6,5$ усл ед СН100, то при гнойно-деструктивных формах - до $78,3 \pm 3,9$ усл ед СН100 ($p < 0,001$), по сравнению с $123,3 \pm 4,3$ усл ед СН100 у здоровых ($p < 0,001$).

Анализ показателей коагуляционного и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза выявил, более существенные нарушения у больных с гнойно-деструктивными формами заболевания. Если у больных с острым серозным пиелонефритом число тромбоцитов в среднем составило $231,9 \pm 10,9 \times 10^9/\text{л}$, то у больных с гнойно-деструктивными формами заболевания - $263,2 \pm 12,7 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,001$), по сравнению $218,8 \pm 34,1 \times 10^9/\text{л}$ у здоровых ($p < 0,05$), фибринстабилизирующий фактор - $120,3 \pm 11,2\%$ и $142,1 \pm 12,7\%$ ($p < 0,05$) соответственно, у здоровых $107,7 \pm 6,9\%$ ($p < 0,001$), уровень фибриногена - $4,8 \pm 0,2$ г/л и $6,3 \pm 0,3$ г/л соответственно ($p < 0,05$), по сравнению с $2,9 \pm 0,2$ г/л у здоровых ($p < 0,001$), ретракция кровяного сгустка - $68,914,2\%$ и $81,3 \pm 3,9\%$ соответственно ($p < 0,001$), фибринолитическая активность цельной крови - $8,9 \pm 0,7\%$ и $6,8 \pm 0,3\%$ ($p < 0,001$), по сравнению с $12,0 \pm 0,3\%$ у здоровых ($p < 0,05$), АДФ-тест - $230,4112,5$ с. и $209,7113,9$ с. соответственно ($p < 0,001$), по сравнению с $261,4110,8$ с. у здоровых ($p < 0,001$).

Ультразвуковое исследование почки было выполнено у всех 106 больных, при этом оно проводилось многократно в динамике.

Апостематозный пиелонефрит был окончательно диагностирован у 14 больных острым пиелонефритом. Однако правильный диагноз по данным УЗИ был установлен у 12 (85,7%) из 14 больных этой группы. А у 2 (14,3%) больных этой группы ультразвуковая картина была такой же, как и при фазе серозного воспаления.

Карбункул почки был окончательно диагностирован у 28 больных. Однако на основании УЗИ правильный диагноз установлен только у 22 (78,6%) больных из 28. У остальных 6 пациентов выявленные изменения расценивались как апостематозный пиелонефрит. Однако во время операции был выявлен карбункул почки.

Вывод. В результате проведённой работы обоснованы рекомендации по вопросам диагностики и лечения больных гнойным пиелонефритом. Применение разработанного алгоритма диагностики гнойного пиелонефрита позволяет более точно устанавливать правильный диагноз, а поэтому и выбрать рациональный метод лечения. Разработаны показания к рациональному применению современных антибактериальных препаратов. Обоснована биорегулирующая терапия. Всё это должно привести к улучшению результатов лечения больных этой группы.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Ибрагимов С.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) при деструктивных формах панкреатита все ещё представляют существенную проблему с уровнем смертности 30-40%. Одним из основных звеньев интенсивной терапии ОРДС является своевременно начатая и адекватно проводимая респираторная поддержка. Проведение «безопасной» ИВЛ возможно, как в режимах с управляемым давлением, так и в режимах с управляемым объемом.

Материал и методы. В исследуемую группу были включены 36 пациентов с панкреатит-ассоциированным ОРДС. Критерии диагностики и определение тяжести острого панкреатита основывались на пунктах международной классификации Атланта-92 третьего пересмотра (2012). Постановка диагноза ОРДС осуществлялась на основании диагностических критериев «Берлинской дефиниции» - результатах согласительной конференции в Берлине 2011 г., степень повреждения легких оценивалась по шкале Lung Injury Score – LIS. Так, тяжелая степень отмечена в 11 (30,5%) случаях, средняя степень тяжести – в 15 (41,7%), а легкая степень – у 10 (27,8%) пациентов.

Протокол лечебной тактики включал преимущественно консервативные методы лечения с применением методик респираторной поддержки и ежедневной общей оценкой клинической картины в сочетании с анализом данных инструментальных методов исследований (рентгенография, МСКТ).

Респираторная поддержка проведена в соответствии с принципами «безопасной ИВЛ» и применением «пошаговой» методики повышения $P_{control}$ и РЕЕР. Был проведен анализ динамики регулируемых параметров ИВЛ и контролируемых респираторных показателей на 3, 5 и 8-е сутки. Критериями эффективности проведения ИВЛ служили: PaO_2/FiO_2 более 300 мм рт. ст., уменьшение инфильтрации на рентгенограмме и/или компьютерной томографии грудной клетки, увеличивающаяся в динамике статическая податливость.

Результаты. Все пациенты с установленным диагнозом панкреатит-ассоциированный ОРДС требовали проведения ИВЛ от 5 до 12 суток. В 20 (55,5%) случаях применение «пошаговой» методики повышения РЕЕР с последующим подбором его оптимального значения вызвало достоверное улучшение оксигенации уже через 12 часов после начала респираторной поддержки: индекс PaO_2/FiO_2 увеличился с 155 ± 65 до 200 ± 18 мм рт. ст., $PaCO_2$ снизился с $48,2 \pm 2,5$ до $42,4 \pm 1,6$.

Рентгенологически и на МСКТ в динамике отмечалось значительное уменьшение распространенности зон инфильтрации и улучшение легочного рисунка. Таким образом, проводимый комплекс интенсивной и респираторной терапии привел к выздоровлению 20 (55,5%) пациентов. Летальные исходы отмечены в 16 случаях. Смертность составила 44,5%.

Выводы. Острый респираторный дистресс-синдром является наиболее частым и грозным осложнением тяжелого острого панкреатита, что требует усовершенствование лечебно-диагностической тактики для профилактики и лечения данной патологии.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой эффективности раннего применения методов респираторной терапии у пациентов с панкреатит-ассоциированным острым респираторным дистресс-синдромом.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ОРИТ

Ибадов Р.А., Шаниева З.А., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Ибрагимов С.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова

Актуальность исследования. Хирургический сепсис является актуальной проблемой современной медицины и характеризуется неуклонной тенденцией к росту, стабильно высокой летальностью. В этой связи определение этиологической структуры и антибиотикорезистентности возбудителей является основным звеном профилактики и лечения сепсиса.

Цель работы. Оценить эффективность разработанных протоколов ранней профилактики и лечения сепсиса в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии с учетом данных антибиотикограмм.

Материалы и методы исследования. Проведен клинический анализ антибиотикограмм у 112 больных с различными формами хирургического сепсиса на базе отделения реанимации и интенсивной терапии РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова за период 2008-2018. Из 112 больных 42 пациента (37,5%) после кардиохирургических вмешательств. Из них больных с сочетанным митрально-аортальным пороком - 16 (14,2%), с комбинированным митральным пороком с преобладанием стеноза - 8 (7,14%), с комбинированным митрально-аортальным пороком с преобладанием недостаточности аортального и стеноза митрального клапана - 18 (16%). И 70 больных (62,5%) после лапаротомий по поводу острой спаечной кишечной непроходимости - 15 (13,3%), острого гнойного холангита - 21 (18,75%), перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки - 24 (21,4%), осложненные разлитым перитонитом и острым панкреонекрозом - 10 (8,9%). В исследования были включены больные с высоким риском летальности, тяжесть состояния которых определялась по шкалам APACHE II и SOFA. Критериями включения в исследования были пациенты с 20-24 баллами по шкале APACHE II, и 16-18 по шкале SOFA. Были проведены клинико-биохимические анализы, состояние кислотно-щелочного статуса, производили контроль лейкоцитарной активации, цитокиновый статус. Проведены микробиологические исследования 112 образцов биоматериала. Клиническим материалом для

микробиологического исследования служили отделяемое ран, бронхо - альвеолярный лаваж, экссудат брюшной полости, содержимое абсцессов, желчь, моча, кровь. Идентификация выделенных микроорганизмов выполнялась с помощью тест-наборов фирмы “Hi-Media” (Индия), определение чувствительности к антимикробным препаратам производилось диско-диффузионным методом в соответствии с рекомендациями NCCLS.

Результаты. Изучение этиологической структуры гнойно-септических осложнений показало, что в 17,6% из исследуемых образцов выделялись грибы рода *Candida*. Грамположительные микроорганизмы регистрировались в 16,4%. Больше половины выделенных возбудителей были представлены грамотрицательной микрофлорой (66,0%). Доминирующие позиции занимали *Acinetobacter* spp. и *E.coli*. Выделенные штаммы инфекционных агентов отличаются высоким уровнем резистентности, так чувствительность к цефалоспорином показала 10-30% активности, к фторхинолонам - 10-20% к аминогликозидам - 10-40%, к капапенемам - 10-60%. На основании результатов антибиотикограмм разработан алгоритм лечения гнойно-септических осложнений, направленный на снижение летальности. После целенаправленной антибиотикотерапии были улучшены показатели критериев по интегральным шкалам, 18-20 баллов по шкале APACHE II и 12-14 по шкале SOFA.

Выводы. В структуре возбудителей местных инфекционных осложнений у больных ОПИТ после хирургического вмешательства преобладали полирезистентные грамотрицательные микроорганизмы (*Acinetobacter* spp. и *E.coli*). Антибактериальная терапия, направленная на известного возбудителя, обеспечивает значительно лучший клинический эффект (32%). Ранняя целенаправленная антибиотикотерапия сепсиса приводит к снижению летальности и частоты осложнения.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АТИПИЧНЫХ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МУДРОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Ибрагимов Д.Д., Исмаев Ф.А., Исмаев Н.С.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы: Операция удаления зуба мудрости может оказаться как очень простой, так и очень технически сложной. Она может длиться иногда часами, требует общего обезболивания, помощи ассистентов, а подчас и условий стационара. Затрудненное прорезывание нижнего третьего зуба приводит к многочисленным воспалительным осложнениям. К наиболее распространенным можно отнести осложнения воспалительного характера (альвеолит, периостит, остеомиелит и более серьезные – абсцессы и флегмоны прилежащих областей). По данным отечественных и зарубежных авторов, осложнения после удаления зубов мудрости на нижней челюсти встречаются в 70-75% случаев, на верхней челюсти - у 15-30% пациентов. Сложность оперативного вмешательства при данной патологии состоит в том, что у большинства пациентов приходится удалять зубы, которые дистопированы в челюстной кости. Аномалии прорезывания зубов мудрости могут быть обусловлены недостатком места для третьего моляра в результате филогенеза или общими факторами, такими как авитаминоз, рахит, инфекционные заболевания, нарушения эндокринного баланса, особенно часто развивающимися в юношеском возрасте и в период прорезывания зубов мудрости.

После удаления дистопированного зуба мудрости часто остаётся дефект дистальной стенки альвеолы седьмого зуба, с обнажением его дистального корня и повреждением цемента шейки и корня зуба в месте прилегания коронки дистопированного восьмого зуба.

Цель исследования - замещение послеоперационного дефекта челюстей стимулятором остеогенеза коллапан-л у пациентов после удаления нижних третьих моляров и изучение послеоперационного течения.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач в стоматологическом кабинете отделения челюстно-лицевой хирургии Самаркандского Медицинского объединения было обследовано и прооперировано 16 пациентов в возрасте от 21 до 37 лет, из них женщин 5, мужчин 11 с патологией нижних третьих моляров. Всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование (ортопантомограммы верхней и нижней челюстей и дентальные рентгенограммы), а также лабораторные исследования (общий анализ крови и малая коагулограмма; общий анализ мочи). Стационарным пациентам проводились биохимический анализ крови, ЭКГ анализ на РВ на гепатит и ВИЧ-инфекцию.

Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа (7 пациента): после удаления зубов лунки заживали под кровяным сгустком, рана была защита наглухо.

2-я группа (9 пациентов): после удаления зубов лунки заполнены остеорегенераторным препаратом гранулама коллапана – л на основе из гидроксиапатита с коллагеном и в составе антибактериальный препарат линкомицин, который снижают воспалительную реакцию и способствуют лучшей остеоинтеграции и предупреждает развитие различных осложнений после операции удаление зуба мудрости и рана ушита наглухо. Применяли стандартную методику оперативного вмешательства. Операцию проводили под проводниковой и инфильтрационной анестезией.

Всем больным в послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию. Осмотр пациентов проводили на 3, 5 и 7 сутки после операции. Изучение течения послеоперационного периода осуществляли по трём параметрам: температура (Т), отёк мягких тканей. (О), болевой синдром, требующий приёма обезболивающих препаратов (Б). Отдаленные результаты оценивались по рентгенограммам. На основании этих данных составлялись таблицы и диаграммы, что позволило сделать заключение о влиянии препарата «коллапан-л» на течение послеоперационного периода.

Результаты исследования. В результате клинических исследований было установлено, что отёк мягких тканей, температурная реакция и болевой синдром были наиболее выражены у пациентов 1-й группы. Кроме того в этой группе больных в двух случаях в послеоперационном периоде 7-й зуб пришлось депульпировать в связи с болевой симптоматикой, связанной с гиперчувствительностью твёрдых тканей зуба в месте прилегания зуба мудрости.

У пациентов 2-й группы температурная реакция отсутствовала, болевой синдром, и отёк мягких тканей был незначительным. Через 2 месяца на рентгенограммах было видно заполнение лунки молодой костной тканью, подобий осложнение как в первой группе в данной группе не наблюдался.

Выводы. Применение препарата «Коллапан-л» в лунку после удаления нижних третьих моляров положительно влияет на течение послеоперационного периода у пациентов и в составе антибактериального препарата линкомицин предупреждает число послеоперационных осложнений.

ВЫЖИВАНИЕ ПРИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Израильбекова К.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Актуальность. Данные по выживанию не всегда доступны во многих развивающихся странах из-за неадекватных информационных систем для сбора надежных данных о смертности больных раком. Не все больные раком умирают от рака. Таким образом, рак и другие причины смерти действуют независимо или одновременно. Проведено когортное исследование, с целью выявления факторов риска контралатерального рака молочной железы и определения наличия какого-либо существенного различия в выживаемости среди пациентов с односторонним раком молочной железы (ОРМЖ) и пациентов с первичным контралатеральным раком груди (ПКРГ).

Материалы и методы. Группу исследования составляли пациенты с карциномой молочной железы в качестве первого инвазивного первичного рака, диагностированного в 1960–89 (n = 3492) в РСПМЦОиР Узбекистан Ташкент). Они находились под наблюдением до 31 декабря 1994 года. Все пациенты, проходящие лечение, проходят наблюдение в соответствии с протоколами наблюдения РСПМЦОиР

В этом исследовании потеря при наблюдении среди пациентов с ОРМЖ составила 10%, а среди пациентов с ПКРГ - 7,5%.

Результаты. В общей сложности 3492 случая рака молочной железы были диагностированы в РСПМЦОиР с 1960 по 1989 год. В анализ были включены все пациенты с ОРМЖ, у которых не развился второй рак (n = 3163), и пациенты с ПКРГ, у которых развился контралатеральный рак молочной железы (n = 67).

Средний возраст при постановке первичного диагноза был $48,0 \pm 11,2$ и $44,4 \pm 11,0$ лет для пациентов с ОРМЖ и ПКРГ, соответственно, и это различие было статистически значимым (p = 0,02).

Относительные показатели выживаемости между женщинами младшего, среднего и старшего возраста с ПКРГ значительно отличались друг от друга (p = 0,001). Различия в относительной выживаемости женщин младшего, среднего и старшего возраста с ОРМЖ не были статистически значимыми (p = 0,4).

Вывод. Несмотря на небольшую выборку, настоящее исследование показывает, что ранняя стадия в диагностике имеет преимущество в выживаемости при раке молочной железы. Помимо организации маммографического скрининга, в развивающихся странах, необходима разработка образовательных программ для повышения осведомленности о раке с целью выявления рака молочной железы на ранней стадии и снижения уровня смертности.

SURVIVAL WITH CONTRALATERAL BREAST CANCER

Izrailbekova K.Sh.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology

Relevance. Survival data is not always available in many developing countries due to inadequate information systems to collect reliable cancer mortality data. Not all cancer patients die of cancer. Thus, cancer and other causes of death act independently or simultaneously. A cohort study was conducted to identify risk factors for contralateral breast cancer and to determine whether there was any significant difference in survival among patients with unilateral breast cancer (UBC) and patients with primary contralateral breast cancer (CBC).

Materials and methods. The study group consisted of patients with breast carcinoma as the first invasive primary cancer diagnosed in 1960–89 (n = 3492) in the Republican Medical and Health Center of Uzbekistan, Tashkent). They were monitored until December 31, 1994. All patients undergoing treatment undergo monitoring in accordance with the surveillance protocols

In this study, the follow-up loss among patients with breast cancer was 10%, and among patients with CBC, 7.5%.

Results. A total of 3,492 cases of breast cancer were diagnosed in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan from 1960 to 1989. The analysis included all patients with breast cancer who did not develop a second cancer (n = 3163), and patients with CBC who developed contralateral breast cancer (n = 67).

The mean age at the initial diagnosis was 48.0 ± 11.2 and 44.4 ± 11.0 years for patients with breast cancer and CBC, respectively, and this difference was statistically significant (p = 0.02).

Relative survival rates between younger, middle, and older women with UBC were significantly different from each other (p = 0.001). Differences in the relative survival rates of younger, middle, and older women with breast cancer were not statistically significant (p = 0.4).

Conclusion. Despite a small sample, this study shows that an early stage in the diagnosis has an advantage in survival in breast cancer. In addition to organizing mammographic screening in developing countries, it is necessary to develop educational programs to raise awareness about cancer in order to detect breast cancer at an early stage and reduce mortality.

ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПО ДАННЫМ ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

*Икрамов А.И., Бабаджанов А.Х., Джурсаева Н.М., Амирхамзаев А.Т., Султанов А.Т.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова*

Цель исследования: выявление особенностей изменения внутривенной гемодинамики по данным перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) в зависимости от тяжести течения цирроза печени (ЦП) по шкале MELD

Материал и методы. В исследование включено три группы пациентов с учетом уровня блока портального кровообращения: внутривенный постсинусоидальный блок при ЦП – 63 пациента, внутривенный пресинусоидальный блок при фиброзе печени (ФП) – 10 больных и подпеченочный блок при внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) – 13 больных. Также для анализа характера изменений перфузионных показателей относительно нормативных значений в исследование включена четвертая группа, состоящая из здоровых лиц – 24 человека. Проведение МСКТ-перфузии у этой группы было связано с их потенциальным донорством для родственной трансплантации печени. В общем исследовании проведено у 110 человек в возрасте от 18 до 67 лет. Использован широкодетекторный компьютерный томограф «Aquilion One – 640» версии GENESIS (Canon Medical Systems, Япония). Для определения степени тяжести ЦП использована шкала MELD (Model for End-Stage Liver Disease – модель конечной стадии заболевания печени).

Результаты. При MELD менее 15 баллов артериальная фракция (AF) составила $39,9 \pm 1,0$ мл/100мл/мин, в группе с показателем более 15 баллов – $44,8 \pm 1,3$ мл/100мл/мин ($p < 0,01$), портальная фракция (PF) была значительно ниже во второй группе ($150,9 \pm 4,0$ против $119,6 \pm 3,3$ мл/100мл/мин; $p < 0,001$), при этом возможная девиация показателя во второй группе была также значительно меньшей (станд. откл. $66,1$ - в группе с менее 15 баллов против $41,1$ - в группе с более 15 баллами, что также свидетельствует о существенном снижении портального кровотока. Показатель портального индекса (PI) с учетом разницы по артериальной фракции и портальному кровотоку также отличался с большой достоверностью ($22,3 \pm 0,4$ и $28,8 \pm 0,9\%$; $p < 0,001$). Факт зависимости показателя MELD от печеночной перфузии подтверждает верифицированная средняя степень корреляционной связи ($R = 0,49$). Анализ сводных данных по показателям ПКТ печени в зависимости от причины ЦП и при распределении больных с показателем по шкале MELD < 15 баллов на пациентов до 12 и 12-15 баллов показал, что в группе с меньшим значением было получено еще более высокий уровень портальной фракции, но он достоверно не отличался от соответствующего показателя при MELD 12-15 баллов ($161,8 \pm 6,3$ против $151,1 \pm 5,1$ мл/100мл/мин; $p > 0,05$).

Выводы. При сопоставлении результатов перфузии в зависимости от показателя по шкале MELD выявлено, что прогрессирование цирротического процесса с постепенным снижением портальной фракции печеночного кровотока приводит к компенсаторному нарастанию объема артериального кровотока, однако резервные возможности этой компенсации ограничены таким фактором, как ангиоархитектоника артериального бассейна печени. Соответственно нарастание блока для портального кровотока в определенный момент приводит только к снижению этой фракции печеночного кровообращения, что в условиях истощения резервных возможностей артериального обеспечения приводит к ухудшению функции печени.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, перфузионная компьютерная томография

APPLICATION OF DIFFERENT HERNIOPLASTY METHODS IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA

*Ikromova P.X., Ahmedov G.K., Yuldoshev F. SH., Babajanov A.S.
Samarkand State medical institute*

About 25% of all operations being carried out in surgery departments fall on hernioplasty out of which 20-22% make up operations on after-operation of ventral hernia. However after using alloplasty in 20.9-49.2% of cases may happen the development of various specific wound complications.

The aim of research: To investigate the closest and distant results of the operative treatment of patients with after-operation ventral hernia.

Materials and methods. The closest and distant results of treatment of 62 patients (49 women and 13 men) have been examined with after-operation of ventral hernia who were operated during the period of 2016-2019 at the first and surgery departments of Samarkand city medical union. The age of the patients fluctuated from 27 to 68. All the patients been taken the general and biochemical analysis of blood and urine and other standard investigations. The intraabdominal pressure was measured before and after operation period. In 47 of patients (75.5%) were determined different concomitant disease (obesity, hypertension disease, IHD, varicose of lower extremities etc.). During the investigation we used the international classification of ventral hernia by Chevrel G.P. and Rath A.M. (1999).

All the patients had hernioplasty in combination with alloplasty by methods of onlay, inlay, sublay by principle „tension free”. 12 patients had simultaneous operations, which included the ilmenating the pathological proses of organs of abdominal cavity (cholecystectomy in 13 patients (20.9%), echinococcusectomy – in 1 patient (1.6%) and hysterectomy – in 4 patients (6.5%) and herniaalloplasty.

Results. In 8 patients with the closest after - operation period were marked local complications (in 7 (11.3%) patients seroma and in 1 (1,6 %) hematoma). In 1 patient with the obesity of the IV degree and IHD, development abdominal compartments syndrome of the fist degree. In 3 of the cases (4.8%) were marked the relapses of the hernia.

Conclusion. Herniaabdominoplasty by „tension free” principle gives more satisfactory closest and distant results of treatment in patients with ventral hernia. Single momentary elimination of concomitant surgical pathology increases the radicality of the reconstructive herniaalloplasty.

НОВЫЕ МЕТОДЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Икрамова Ф.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностические ошибки, допускаемые в 12-38 % наблюдений, способствуют быстрому нарастанию печеночной недостаточности и развитию тяжелых осложнений, таких как гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, приводящие в 14-27 % случаях к летальному исходу. Послеоперационная летальность остаётся также высокой: при неопухолевым желтухе она составляет 6,2-13,6 %, а при опухолевой желтухе - 15—40 %. Несмотря на значительный арсенал современных методов исследования, дифференциальная диагностика МЖ сложна, а позднее выявление истинной причины заболевания приводит к задержке выполнения хирургического вмешательства. Достижения в диагностике и лечении этой тяжелой категории больных связаны в первую очередь с внедрением в клиническую практику таких методов исследования, как ультразвуковое сканирование (УЗИ), рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ), эндоскопия, а также современных миниинвазивных технологий.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи путём выбора оптимальных методов билиарной декомпрессии и внедрения в клиническую практику нового способа внутрипротоковой биопсии.

Материалы и методы исследования. Клиническое исследование. За период с 2015 по 2019 г. наблюдали 120 больных с синдромом механической желтухи. В исследование было включено 111 пациентов с синдромом МЖ различного генеза, в том числе первично поступили 99 пациентов в клинику АГМИ. Мужчин было 57 (51,3 %) человек, женщин - 54 (48,7 %). Возраст больных варьировал от 19 до 87 лет, средний возраст составил 65,8±14,3 года.

Результаты клинического исследования. Анализ результатов внутрипротоковой биопсии. Из 61 наблюдаемого пациента с механической желтухой различной этиологии, которому выполняли чрескожную-чреспечёчную холангиостомию (ЧЧХС), внутрипротоковую биопсию провели у 25 больных.

При выполнении внутрипротоковой биопсии у 23 (92 %) пациентов манипуляция была проведена успешно с получением гистологического материала, достаточного для вынесения морфологического заключения; у 2 (8 %) пациентов забор материала был осуществлён, но его количества оказалось недостаточно для точной постановки гистологического диагноза. У 8 (32 %) пациентов была верифицирована рубцовая ткань жёлчных протоков и поставлен диагноз - стриктура холедоха; у 7 (28 %) пациентов были выявлены дистрофические изменения холангиального эпителия, диагностирован воспалительный процесс и поставлен диагноз — хронический холангит; у 5 (20 %) больных обнаружено прорастание карциномы поджелудочной железы в дистальную часть холедоха; у 3 (12 %) установлен диагноз - аденома жёлчных протоков.

Результаты хирургического лечения. При использовании чрескожной-чреспечёчной холангиостомии у больных основной группы зарегистрировали 10 (14 %) интраабдоминальных осложнений, из которых миграцию дренажа наблюдали у 4 (5,6 %) больных, гемобилию выявили у 3 (4,2 %) пациентов, нарушение проходимости дренажа было у 3 (4,2 %) больных в восстановительном периоде (7-14 суток).

Вывод. Билиарная декомпрессия у больных с синдромом механической желтухи методом чрескожной-чреспечёчной холангиостомии, по сравнению с холецистостомией, сопровождается меньшим количеством осложнений (18,2 и 35,3 % соответственно), а также более низкой общей летальностью (на 8,1 %) и послеоперационной летальностью (на 7,6 %).

Объединённый показатель качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде оказался существенно выше у пациентов после билиарной декомпрессии методом чрескожной-чреспечёчной холангиостомии по сравнению с холецистостомией: через три месяца - на 15,8 %, через шесть месяцев — на 24,1 %.

Клинико-экономическая эффективность чрескожной-чреспечёчной холангиостомии с целью билиарной декомпрессии у больных с синдромом механической желтухи на 6,6 % выше аналогичного показателя при холецистостомии (коэффициент соотношения «стоимость — эффективность» составил 61,94 и 54,31 соответственно).

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕХНОЛОГИИ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Икрамова Ф.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия в лечебно-диагностических алгоритмах, используемых при синдроме МЖ, активно применяются современные лучевые методы обследования и миниинвазивные технологии дренирования желчных протоков. Механическая желтуха зачастую является первым проявлением злокачественных опухолевых заболеваний печени, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка. МЖ значительно утяжеляет состояние пациентов развитием печеночной недостаточности, кровотечений, гнойных процессов в желчных протоках и печени, пшхоагуляции, часто приводит к полиорганной недостаточности, а также ряду других осложнений. Известно, что любая хирургическая операция, выполненная на таком неблагоприятном фоне, сопровождается повышенной частотой осложнений и летальностью.

Цель исследования - обоснование дифференцированного подхода к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при неоперабельных злокачественных новообразованиях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 298 пациентов с нерезектабельными опухолями ГПДЗ, осложненными механической желтухой.

Результаты клинического исследования. Диагностика характера желтухи, органной локализации опухоли и ее лимфорегионарного или отдаленного распространения, уровня окклюзии желчевыводящих протоков выполнялась в срочном порядке в течение 1-4 суток от момента госпитализации. Обследование больных с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны проводилось на основании комплексной диагностической программы, включающей в том числе клиническое и лабораторное обследование, традиционное ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Непосредственная эффективность дренирования желчных протоков с купированием проявлений механической желтухи составила от 83% при ретроградном эндоскопическом дренировании до 93.4% при антеградном дренировании и 100% при хирургических паллиативных эндоскопических операциях с наложением обходных билиодигестивных анастомозов.

В группе I при антеградном внутреннем дренировании частота ранних осложнений составила 5.7% (2 из 35 пациентов), а летальность 2.9% (умерла 1 пациентка). Поздние осложнения в виде рецидива механической желтухи и/или холангита, потребовавшие повторных госпитализаций, встретились у 8 из 35 (22.5%).

Ретроградное эндоскопическое дренирование желчных путей успешно произведено у 220 (83%) из 265 пациентов.

В группе II и III эндоскопическая папиллосфинктеротомия была произведена у 204 больных. Способы выполнения ЭПСТ у этих больных представлены в таблице 9. Следует отметить, что чаще всего ЭПСТ была выполнена типичным канюляционным способом. Атипичная папиллосфинктеротомия выполнялась лишь при нестандартной анатомической ситуации и невозможности канюляционной ЭПСТ.

Вывод. Наиболее важными прогностическими факторами продолжительности жизни неоперабельных больных с опухолями ГПДЗ являются: размер первичной опухоли и степень физического статуса по классификации ASA. У больных с опухолью более 45мм и 3-4 степенью физического статуса по ASA продолжительность жизни, как правило, не превышает 6 мес., в то время как пациенты с меньшими размерами опухоли и сохраненным физическим статусом (1-2 по ASA) имеют большую продолжительность жизни.

При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 мес. у больных с неоперабельными опухолями ГПДЗ следует отдавать предпочтение МИТ с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи пластикового стента.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ БЕЙКЕРА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

*Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Худайбердиева М.С., Кадилов А.А.
РСНПМЦТО*

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: уменьшение объема инвазивного хирургического метода лечения кисты Бейкера; экспериментально обосновать этот метод лечения кисты Бейкера под ультразвуковым МРТ контролем в амбулаторной практике.

Материал и методы. Значимое количество пациентов с болями в коленном суставе, обращающихся за помощью травматолога-ортопеда в амбулаторном звене, страдают гоноартрозом. Более 20 % осложнений болезни – это киста Бейкера. В классическом варианте используются хирургическое лечение в виде иссечения сумки, пункции синовиальной кисты с введением препарата глюкокортикостероидов, артроскопии, метода «замочной скважины», интерстициальной лазеробляции под ультразвуковым контролем. Предложен метод вылущивания стенки кисты в проекции её шейки под ультразвуковым контролем, вызывая, таким образом, рубцевания соустья.

Результаты. На базе кафедры травматологии и ортопедии за период с 2015 г. по настоящее время метод разрушения шейки кисты под ультразвуковым контролем был применен у 27 пациентов. Положительный результат достигнут у 9 мужчин и 14 женщин. У 4 женщин был получен отрицательный результат в виде рецидива кисты в разные временные сроки.

Выводы. Видеоконтроль позволяет уточнять особенности анатомического строения и расположения кисты в подколенной ямке, визуализировать область соустья синовиальной кисты, контролировать область хирургического вмешательства. Предложенная методика является патогенетичным, имеет инновационный характер, высокоэффективный и позволяет избежать осложнения в виде контрактуры сустава, рубцовых деформаций подколенной ямки, уменьшить процент рецидива кисты.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ КИСТЕ БЕЙКЕРА

*Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Кадилов А.А.
РСНПМЦТО*

Андижанский Государственный медицинский институт

Одним из самых распространенных заболеваний коленного сустава в области подколенной ямки является киста Бейкера. Наиболее часто она встречается у детей от 4 до 7 лет и у взрослых в возрасте от 35 до 70 лет. Её наиболее вероятными причинами являются последствия спортивных травм, артрит и остеоартроз. При последней патологии почти в 50% случаев возникает киста Бейкера, которая при несвоевременном диагностировании и лечении изучения анатомических и функциональных особенностей коленного сустава в норме и при наличии подколенной кисты.

Целью исследования является установление морфофункциональных изменений коленного сустава при наличии кисты Бейкера для эффективного диагностирования и дальнейшего лечения данного заболевания на ранней стадии.

Методами исследования является изучения результатов ультразвукового исследования и МРТ, изучение препаратов коленного сустава из музейной коллекции кафедры анатомии, пальпация кисты у больных для определения локализации, размеров и степени болезненности, а также изучение литературы.

Коленный сустав – сустав, соединяющий дистальный эпифиз бедренной кости, проксимальный эпифиз большеберцовой кости и надколенник. Внутри полости сустава находятся мениски – трехгранные хрящевые пластинки. Внутри капсулы находится синовиальная мембрана, выстилающая сочленяющиеся поверхности костей до линии суставных хрящей и образующая синовиальные ворсинки, продуцирующие жидкость.

Изучение нами кисты показало, что причиной ее появления является растяжение суставной капсулы и синовиальной оболочки коленного сустава, возникшее вследствие дегенеративных процессов во внутреннем и внешнем менисках. При изучении снимков УЗИ и МРТ, пальпации кисты у больного было обнаружено значительное скопление жидкости вне анатомически установленных границ сустава на него задней. Изучаемая нами киста была на поздней стадии и имела осложнения в виде нарушения кровоснабжения и отеки голени.

Таким образом, нами были изучены особенности строения коленного сустава при кисте Бейкера, что позволит установить меры профилактики данного заболевания, диагностировать патологию на ранней стадии.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН

Исакова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Воспалительные заболевания органов малого таза занимают лидирующее положение в структуре гинекологических заболеваний и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин. Значительную долю среди них составляют воспалительные процессы шейки матки – эндо- и экзоцервициты. Рост распространенности цервицитов связан с увеличением числа случаев атипичического течения инфекционного процесса, а также с мало- и бессимптомностью даже в острой стадии.

Хронический цервицит наряду с воспалительными осложнениями может обуславливать развитие бесплодия, невынашивание беременности, преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода, послеродовые гнойно-септические осложнения, играет важную роль в формировании дисплазии и рака шейки матки. В последние годы обозначились тенденции роста заболеваемости раком шейки матки у женщин в возрастной группе до 29 лет. Риск рака шейки матки, связанный с высокоонкогенными типами ВПЧ, и отсутствие эффективных этиотропных средств для лечения этой инфекции требуют поиска наиболее оптимального выбора препаратов или их комбинаций при проведении терапии. В этом ракурсе очень важно выявить онкогенный потенциал вируса, так как именно это определяет необходимость консервативной или оперативной тактики лечения.

Цель исследования. Оценка риска раковой трансформации эпителия шейки матки у женщин с хроническим цервицитом путем определения белка p16tk4a.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 771 женщины в возрасте 18-52 лет с признаками хронического экзо- и эндоцервицита: основную группу составили 547 пациенток с наличием ВПЧ-инфекции, группу сравнения – 224 женщины с отсутствием ВПЧ.

Результаты исследования. В результате обследования пациенток обеих групп оказалось, что у 61 % из них выявлены инфекции, передаваемые половым путем: у каждой третьей отмечена ассоциация с условно-патогенной микрофлорой, а у каждой второй – сочетание от 2 до 4 инфекционных агентов.

По результатам ПЦР-диагностики инфицированность высокоонкогенными типами ВПЧ женщин основной группы без признаков дисплазии шейки матки составила 67,8 %, низкоонкогенными – 49,6 %. При наличии CIN частота выделения ВПЧ высокоонкогенных серотипов значительно превалирует над низкоонкогенными и составляет 84,2 и 27,4 % соответственно, что подтверждает роль ВПЧ в формировании пролиферативной патологии шейки матки. Смешанная инфекция различными типами ВПЧ была зафиксирована в 46 % случаев. У 22 % женщин было выявлено 2 типа ВПЧ, у 15 % – 3 типа, у 9 % – 4 и более. Наиболее часто был обнаружен 16-й тип – в 26,3 % случаях, 58-й тип – в 10,6 %, 18-й тип – в 8,4 %, 31-й – в 7,8 %, 33-й – в 6,1 %.

Анализ сопутствующей флоры цервикального канала показал, что чаще папилло-мавирусную инфекцию сопровождали хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, грибы рода Candida, гарднереллы, грамположительные кокки и грамотрицательные палочки на фоне отсутствия или резкого снижения содержания лактобактерий. Следует отметить, что у пациенток с наличием ВПЧ-инфекции инфицирование цервикального канала такими возбудителями, как хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, трихомонады, ВПГ, наблюдается значительно чаще, чем при отсутствии ВПЧ.

По итогам жидкостного цитологического исследования у 188 женщин с хроническим цервицитом выявлена дисплазия эпителия шейки матки (у 74 – CIN I, 64 – CIN II, 50 – CIN III), из них 169 пациенток – с наличием ВПЧ и 19 – с отсутствием.

Сравнительный анализ данных традиционной и жидкостной цитологии показал, что результаты чрезвычайно варьируют между собой. Для подтверждения диагнозов использовали гистологическую экспертизу. Ложноположительные заключения традиционных цервикальных мазков выявлены в 5 % случаев, т.е. была диагностирована дисплазия там, где ее нет на самом деле. По результатам жидкостного цитологического исследования наличие дисплазии шейки матки обнаружено в 100 % случаев, что подтверждает ценность этой методики.

Следует отметить, что у женщин с дисплазией, как правило, наблюдалась атипическая кольпоскопическая картина в виде ацетобелого эпителия, лейкоплакии, пунктации, мозаики и их сочетаний. У 583 больных с хроническим цервицитом без признаков дисплазии кольпоскопическая картина проявлялась в виде диффузной гиперемии и отечности экзоцервикса с выраженными и легко кровоточащими сосудами, у 318 из них – в сочетании с йоднегативными участками, нежной пунктацией и/или мозаикой. Таким образом, у большего числа пациенток с хроническим цервицитом кольпоскопическая картина характеризуется атипическими изменениями на шейке матки, что нередко приводит к необоснованному использованию деструктивных методов лечения.

Вывод. С учетом того что информативность цитологического метода определяется уровнем подготовки специалистов и качеством забора материала, очевидны преимущества жидкостного цитологического исследования над традиционным: последнее ассоциировалось с высоким уровнем как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. В связи с этим жидкостной метод является более надежным лабораторным тестом, что позволяет рекомендовать его для обследования женщин с патологией шейки матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Исакова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак шейки матки является одним из самых распространенных онкологических заболеваний и составляет около 12—20% злокачественных новообразований женских половых органов.

Учитывая тот факт, что рак шейки матки является визуальной локализацией и для его выявления нет необходимости в применении дорогостоящего оборудования и сложных методик исследования, а достаточно грамотного использования давно существующих доступных и информативных методов морфологической и эндоскопической диагностики. Это позволяет своевременно проводить лечение фоновых и предраковых процессов шейки матки и полностью предотвращать развитие рака шейки матки.

Однако в настоящее время у значительной части пациенток рак шейки матки выявляется уже на поздних стадиях заболевания (III—IV), когда эффективность современных методов лечения резко снижается, что отражается на сроках выживаемости данного контингента. Как известно, выживаемость после проведенного специализированного лечения при раке шейки матки обратно пропорционально зависит от стадии заболевания.

Цель исследования. Оценка новых организационных форм ранней диагностики рака шейки матки в условиях становления Андижанской области.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили сведения о больных злокачественными новообразованиями основных локализаций женских половых органов (шейка матки, тело матки, яичники).

Результаты исследования. При анализе данных общей продолжительности половой жизни в анамнезе опрошенных жительниц края отмечена тенденция увеличения риска развития рака шейки матки с увеличением числа лет половой жизни. Но полученные данные статистически незначительны.

Половая неудовлетворенность в течение длительного периода у больных раком шейки матки отмечена в 58,7% случаев, а у женщин контрольной группы - в 41,5%. Нормальное половое удовлетворение в половом акте отмечены у больных женщин только в 29,1%, у женщин контрольной группы - в 42,5% случаев ($p < 0,05$).

Нами установлены достоверные различия по такому признаку как «количество половых партнеров». По количеству внебрачных половых контактов больные раком шейки матки превосходили контрольную группу, причем наибольшее различие между сравниваемыми группами наблюдалось в случаях свыше четырех сексуальных партнеров (32,3% среди больных женщин против 19,5% в контрольной группе, $p < 0,05$).

Среди обследованных женщин, имевших рак шейки матки, не предохранялись от беременности 25,9%. Те, кто предохранялись от беременности, использовали различные средства: механические - 25,1%, химические - 3,6%, гормональные - 7,2%, прерванное половое сношение - 32,5%, по циклу - 5,7%. Женщины контрольной группы в 1,2 раза меньше использовали оральные контрацептивы, чем больные раком шейки матки, и в 1,3 раза реже предохранялись с помощью прерванного полового акта ($p < 0,05$). И хотя различия недостоверны, эти факты имеют исключительно важное значение, потому что они приводят к ряду дисгормональных и психогенных нарушений в организме.

Тот факт, что количество больных женщин, применявших механические противозачаточные средства, оказалось почти вдвое больше (47,5%) по сравнению со здоровыми (25,1%), подтверждает патогенетическую значимость этого фактора ($p < 0,05$).

Выраженные связи с заболеваемостью раком шейки матки были выявлены в отношении возраста женщин при первых родах. Так, в числе больных женщин, в сравнении с контрольной группой, преобладали лица с первыми родами в возрасте старше 40 лет (4,3% и 3,1% соответственно). Достоверно меньше наблюдалось число женщин, у которых не было родов, по сравнению с группой больных злокачественными опухолями (2,4% против 7,6% в контроле).

Среди женщин из числа больных раком шейки матки больший процент лиц со значительным числом аборт (более шести) в анамнезе, чем в контрольной группе (29,4% против 13,5% соответственно, $p < 0,05$). Среди здоровых женщин в 2,2 раза чаще встречались женщины, не имевшие в анамнезе ни одного аборта.

При статистической проверке достоверность возникновения рака шейки матки от возраста при первом аборте оказалась действительной ($p < 0,05$). Так, например, первый аборт до 18-летнего возраста чаще регистрировался среди больных раком шейки матки (2,9%).

Среди больных раком шейки матки чаще, чем в контрольной группе женщин, встречались случаи с наличием эндокринной патологии - тиреотоксикоз, сахарный диабет и др. (28,7% и 19,2% соответственно, $p < 0,05$) и заболеваниями мочевыделительной системы - цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь (12,6% и 7,8% соответственно, $p < 0,05$).

Профилактика рака шейки матки всецело зависит от комплекса организационных форм возможного обращения к высококвалифицированным специалистам (онкогинекологам), доступности высокоинформативных методов исследования, необходимости использования методов индивидуального прогнозирования риска его возникновения у данного контингента женщин и обеспечения своевременного лечения предраковой патологии шейки матки в современных условиях здравоохранения.

Вывод. Результаты анализа основных показателей онкопомощи женскому населению свидетельствуют о положительной тенденции, связанной с внедрением в условиях женского населения Андижана высококвалифицированными специалистами, разработкой алгоритма обследования и отбора лиц с высоким онкологическим риском с применением карт диагностических прогностических коэффициентов, в дополнение к тем

мероприятиям, которые проводит АООД. Важно, чтобы профилактические мероприятия и программа в целом, повлиявшие на основные показатели в онкогинекологии в данном регионе, сохранили пролонгированное влияние на их величину в условиях созданной онкослужбы в АООД.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IV СТАДИИ НА ЭТАПАХ ПАЛЛИАТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Исамитдинов Н.М., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) считается одним из самых тяжелых онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. Если онколог диагностирует рак молочной железы 4 степени, продолжительность жизни превышает 5 лет не более чем в 10% случаев.

В таких условиях ранее здоровые клетки имеют свойство перерождаться в злокачественные на протяжении короткого периода времени.

В связи с этим прогноз на выживание пациентки, у которой диагноз: рак молочной железы 4 стадии, не является благоприятным.

Статистические данные течения заболевания говорят о том, что в случае своевременного выявления рака груди на первых этапах — выживаемость больных находится в пределах 90%. Это с учетом, что пациентка диспансеризируется в медицинское учреждение и начинает борьбу за свою жизнь.

При выявлении рака груди на последней стадии, выживаемость больных не превышает 10%. Это говорит о том, что на протяжении первых 5 лет с момента обнаружения опухоли 90% женщин, у кого 4 стадия рака груди — умирают.

Цель исследования. Изучить качество жизни больных раком молочной железы IV стадии и оценить эффективности на этапах паллиативного комбинированного лечения.

Методы паллиативной медицины. Молекулярно-генетическое тестирование. Сегодня для адекватного лекарственного лечения уже недостаточно знать только морфологическую структуру опухоли, определяемую при микроскопии, и клеточные факторы прогноза заболевания — степень злокачественности и внедрение клеток рака в окружающие ткани.

Обсуждение. При раке молочной железы вся лекарственная терапия опирается на молекулярное типирование опухоли, что при паллиативном характере химиотерапии и гормонального воздействия позволяет провести несколько линий лечения, сохраняя женщину в активной форме и даже без внешних признаков заболевания. При неэффективности и кажущейся безнадежности лекарственного лечения индивидуальное генетическое картирование рака позволяет подобрать эффективный препарат и на продолжительный срок добиться стабилизации заболевания и даже провести операцию.

В целом же статистические данные говорят о том, что среди 10% женщин, победивших 4 степень рака груди, большинство было подвержено активному медикаментозному лечению. Те же пациентки, которые отказались от прохождения курса химиотерапии и хирургических операций, имели 100% летальный исход на протяжении первых 3 лет жизни с момента выявления онкологического заболевания.

В данном случае на продолжительность жизни пациентки, страдающей раком груди четвертый степени, непосредственно влияет целый комплекс факторов:

- своевременное выявление последней стадии онкологического заболевания;
- качественно проведенные иммунные, химические и гистологические анализы;
- правильно подобранные лекарственные препараты, обеспечивающие в дальнейшем адекватную терапию;
- индивидуальные особенности организма, его сопротивляемость к распространению пораженных раком клеток.

В среднем, если не удастся добиться полного излечения от данного онкологического заболевания, то продолжительность жизни пациенток с 4 стадией рака молочной железы длится не более 5 лет.

Вывод. Изучение КЖ больных молочной железы IV стадии в динамике лечения позволило выявить существенные различия показателей в зависимости от лечебной программы.

В группе контроля показатели КЖ и продолжительность лечебного эффекта значительно меньше, что определяется проведением одного вида паллиативного лечения паллиативного комбинированного лечения.

Комбинированное лечение обеспечивает более выраженный и длительный противоопухолевый эффект с достоверным улучшением показателей функциональной шкалы, общего статуса здоровья и снижением выраженности симптомов заболевания у данной группы больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Исамитдинов Н.М., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии*

Актуальность. Болевой синдром при раке проявляется у 35-50% пациентов на ранних стадиях злокачественного процесса. По мере прогрессирования болезни уже до 80% чувствуют боль от умеренной до сильной. В терминальной стадии больно уже почти всем — 95% пациентов. Боль мешает спать, есть, двигаться, принимать осознанные решения, влияет на работу органов и систем.

Хорошая новость в том, что современная медицина научилась держать эту боль под контролем в 90% случаев. То есть либо купировать болевой синдром полностью, либо значительно уменьшать его интенсивность. Таким образом, на любых стадиях рака можно сохранять онкологическим пациентам нормальное качество жизни.

Цель исследования. Оценить эффективности трансдермальных наркотических анальгетиков для купирования хронического болевого синдрома онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи.

Материалы исследования. Для анализа ситуации по использованию НА для купирования ХБС у онкологических больных в трансдермальных формах проведен обзор научной литературы в базах данных научных публикаций.

Результаты исследования. Наркотические лекарственные препараты (НЛП) или наркотические анальгетики традиционно занимают ведущее место в купировании ХБС у пациентов, страдающих ЗНО, четвертой клинической группы, то есть когда требуется оказание паллиативной медицинской помощи.

К опиоидным анальгетикам относятся препараты, действие которых обусловлено их взаимодействием с опиатными рецепторами. Класс современных наркотических анальгетиков опиоидной группы включает средства с разной анальгетической активностью и разным спектром других дополнительных свойств, что имеет большое значение в осуществлении правильного выбора их в конкретных клинических ситуациях.

Специалистами называются разные причины недостаточного обеспечения онкологических больных необходимыми обезболивающими лекарственными препаратами, в том числе ограниченный ассортимент препаратов для купирования боли у онкологических больных.

Необходимыми условиями для эффективного использования системной фармакотерапии являются: правильная диагностика характера и интенсивности боли, правильный выбор лекарственных средств, их оптимальных доз и режима приема, профилактика побочных реакций, постоянный контроль состояния больного и уровня эффективности используемых препаратов. В связи с этим фармакотерапия ХБС почти всегда бывает комплексной и требует от проводящего ее врача хорошего знания свойств назначаемых, в большинстве своем сильнодействующих, препаратов, их возможного неблагоприятного взаимодействия друг с другом, чтобы максимально облегчить, а не усугубить положение пациента. Рассмотренный перечень опиоидных анальгетиков при правильном их выборе и внимательном наблюдении за процессом терапии позволяет добиться необходимого результата. Однако нельзя забывать о том, что существуют различные по патогенезу виды ХБС, и опиоидные анальгетики являются препаратами выбора не при всех видах боли.

Авторы ряда статей отмечают принципиальные изменения в области лечения ХБС в последней трети XX века, когда А. Дзаффарони была разработана концепция технологии контролируемого высвобождения (ТКВ) действующего начала из лекарственной формы (ЛФ). Наиболее удачными и популярными ЛФ с ТКВ оказались ТТС.

Вывод. Адекватная терапия ХБС высокой интенсивности возможна только при бесперебойном лекарственном обеспечении пациентов современными неинвазивными лекарственными формами НА длительного действия, прежде всего - трансдермальными. ТТС наиболее эффективно устраняют сильную хроническую боль, обеспечивают непрерывную длительную анальгезию, удобны для самостоятельного использования пациентами в домашних условиях, что в конечном итоге улучшает качество их жизни. При кажущейся высокой стоимости неинвазивных НА пролонгированного действия (ТТС фентанила, бупренорфина), терапия ХБС этими препаратами имеет неоспоримые преимущества не только для пациентов, но и для медицинских организаций, являясь экономически целесообразной.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Исламова К.А., Тоиров Э.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Известно, что у больных остеоартрозом (ОА) артериальная гипертензия (АГ) встречается чаще, чем в популяции. Имеются различные точки зрения о распространенности АГ у больных ОА. В сочетании эти заболевания наблюдаются у 45-58% населения. При этом АГ и ОА являются важной медико-социальной проблемой, что обусловлено их широкой распространенностью, высоким риском осложнений АГ, ухудшением качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также стойкой утратой трудоспособности. Сведения о частоте встречаемости факторов риска АГ у больных ОА противоречивы. Недостаточно изучены особенности формирования и течения АГ у больных ОА.

Цель работы: Изучить особенности клинического течения артериальной гипертензии при коморбидном течении ее с остеоартрозом.

Материал и методы исследования: Было обследовано 54 больных АГ: 35 пациентов (26 женщин, 76,5% и 8 мужчин, 23,5%) с коморбидным течением АГ и ОА (основная группа), 20 пациентов (14 женщин, 70% и 6 мужчин, 30%) с АГ без диабета (контрольная группа). Средний возраст больных первой группы составил 58,1±4,3 лет, продолжительность АГ – 7,0 ±0,4 лет, СД – 4,3±0,2 лет, средний возраст больных контрольной группы – 63,3±5,1 лет, продолжительность АГ – 5,0±0,3 лет.

Результаты и обсуждение: В наших исследованиях среди больных основной группы (при коморбидном течении АГ и ОА) у 5 (14,7%) больных была диагностирована нормальная масса тела (по индексу Кетле), у 7 (20,6%) - избыточная масса тела, у 13 (38%) - ожирение I-степени, у 5 (14,7%) - ожирение II-степени и у 4 (11,8%) – ожирение III-степени. В контрольной группе у 9 (45%) больных масса тела оказалась в пределах нормальных значений, у 8 (40%) пациентов выявлено избыточная масса тела, у 2 (10%) – ожирение I-степени, у 1 (5%) – ожирение III-степени. В основной группе АГ I степени была у 12 (35,3%), АГ II-степени – у 16 (47%), АГ III-степени - у 6 (17,6%) пациентов, в контрольной группе: АГ I степени – у 12 (60,0%), АГ II-степени – у 6 (30%), АГ III-степени – у 2 (10%) больных. У больных основной группы среднее содержание холестерина составила – 8,6±0,7 ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных контрольной группы (6,2±0,4 ммоль/л, P<0,02). Степень повышения холестерина в крови имела прямую коррелятивную связь с давностью АГ (r=0,65) и ОА (r=0,72).

Среди всех больных АГ сопутствующие заболевания были выявлены у 25 больных, что составляет 46,3%; у 19 (56,0%) – больных основной группы, у 6 (30,0%) больных контрольной группы. Наиболее частыми сопутствующими

заболеваниями среди больных основной группы оказались - дисциркуляторная энцефалопатия (у 14 больных, 41,1%), ишемическая болезнь сердца (у 12 больных, 35,3%), другая эндокринная патология: диффузный зоб (у 4 больных, 11,7%). По нашим данным частота гипертонической цереброваскулярной болезни и ИБС у больных контрольной группы была ниже (20 и 15%). Нарушение ритма и проводимости были установлены - у 14 (41,1%), признаки ретинопатии - у 13 (38,2%), признаки хронической сердечной недостаточности - у 12 (35,3%) больных основной и соответственной - у 4 (20%), 3 (15%) и 2 (10%) больных контрольной группы. С частыми носовыми кровотечениями обращались 6 (17,6%) пациентов, 2 пациента (10,0%) второй группы.

Вывод. Таким образом, коморбидное течение АГ и ОА чаще наблюдается в более 40-55 возрасте. Часто ассоциируется с ожирением, гиперхолестеринемией, гипертонической цереброваскулярной болезнью и ИБС. Способствует раннему развитию таких опасных осложнений как нарушение ритма по типу мерцательной аритмии, хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения. Поэтому, рекомендации коморбидных состояний АГ должны включать ведение пациентов с учетом аспектов их жизнедеятельности, факторов риска и имеющихся заболеваний.

ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИДА УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

Исламова К.А.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Остеоартроз (ОА) - бўғимларнинг сурункали кучайиб боровчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяклар эпифизлари ва бўғимолди юмшоқ тўқималарининг зарарланиши билан кечадиган. Бу касаллик билан 10-12% аҳоли касалланган, 50 ёшга етган аҳоли орасида унинг частотаси 3-5%. Касалликнинг тарқалиш даражаси аҳолининг ёш катламида кўпайиб бормоқда.

Ишнинг мақсади: Ультратовуш текширув усули (УТТ) асосида эрта ёшда ривожланган (ОА) касаллигининг эрта ташхислаш мезонларини аниқлаш, ҳамда касаллик сабаблари ва клиник белгиларини ўзаро боғлиқлик даражасини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Текширувлардан Самарқанд давлат тиббиёт институти I-клиникаси ревматология бўлимидаги тизза бўғими ОА касаллиги – гонартроз билан касалланган 2 гуруҳ беморлар утказилди. I гуруҳ 21 ёшдан 50 ёшгача (ўртача $40 \pm 2,8$ йил) бўлган 75 нафар (54 нафар аёл, 72,0%; 21 нафар эркак, 28,0%), 2 гуруҳ 50-68 ёшгача (ўртача $56,8 \pm 3,2$) бўлган 74 нафар (57 нафар аёл, 77,0%; 17 нафар эркак, 23,0%) бемор ўтказилди. Беморларнинг ОА касаллигининг бошлангичидаги ёши I гуруҳда $37,4 \pm 0,3$ йилга, 2 гуруҳда $51,9 \pm 0,5$ тенг бўлди.

Касалликнинг ўртача давомийлиги I гуруҳда $2,62 \pm 0,5$, 2 гуруҳда $4,6 \pm 0,7$ йилни ташкил этиб, касаллик давомийлиги 1 йилгача бўлган беморлар I гуруҳда 30 (40,0%) кишидан, 2 гуруҳда 9 (12,2%) кишидан, 1-5 йил бўлган беморлар I гуруҳда 37 (49,3%) кишидан, 2 гуруҳда 44 (59,5%) кишидан, 6-10 йил бўлган беморлар I гуруҳда 8 (10,7%) кишидан, 2 гуруҳда 16 (21,6%) кишидан, 10 йилдан ортиқ бўлган беморлар I гуруҳда аниқланмади, 2 гуруҳда 5 (6,8%) кишидан иборат бўлди.

Олинган натижалар: Касалликнинг келиб чиқишини I гуруҳда 16 (21,3%) бемор оғир меҳнат, касбий зуриқиш билан, 16 (21,3%) бемор шамоллаш билан, 13 (17,4%) бемор варикоз билан, 11 (14,7%) бемор семизлик билан, колган 19 (25,3%) бемор травма, камхаракатлик, наслийлик каби иккиламчи сабаблар билан боғлайди. 2 гуруҳда 24 (32,4%) бемор оғир меҳнат, касбий зуриқиш билан, 17 (23,0%) бемор шамоллаш билан, 15 (20,2%) бемор семизлик билан, 9 (12,2%) бемор варикоз билан, колган 9 (12,2%) бемор травма, наслийлик каби иккиламчи сабаблар билан боғлайди.

Касалларни УТТ текшируви натижаларига кура I гуруҳда I босқич 45 (60,0%) беморда, II босқич 30 (40,0%) беморда, III босқич умуман аниқланмади. 2 гуруҳда I босқич 11 (14,9%) беморда, II босқич 48 (64,8%) беморда, III босқич 15 (20,3%) беморда аниқланди. Касалликнинг ўртача давомийлиги I гуруҳ I босқичда ўртача $2,0 \pm 0,2$ йилни, II босқичда ўртача $3,5 \pm 0,4$ йилни, 2 гуруҳ I босқичда ўртача $1,6 \pm 0,7$ йилни, II босқич ўртача $3,0 \pm 0,8$ йилни, III босқичда ўртача $6,7 \pm 0,5$ йилни ташкил этди. Беморларда УТТ натижасида реактив синовит (РС) ўчраши ўрганилганда I гуруҳда бир томонлама РС 15 (20,0%) беморда, икки томонлама РС 8 (10,7%) беморда, 2 гуруҳда бир томонлама РС 20 (27,0%) беморда, икки томонлама РС 14 (19,0%) беморда аниқланди. Тизза ости кистаси I гуруҳда 5 (6,7%) беморда, 2 гуруҳда 13 (17,6%) беморда кузатилди. Остеофитлар I гуруҳда якка тарзда 21 (28,0%) беморда, кўплаб 10 (13,3%) беморда аниқланди, лекин, 44 (58,7%) беморда ОА бошқа УТТ белгилари ташхисни тасдиқласада остеофит аниқланмади. 2 гуруҳда якка тарзда 19 (25,7%) беморда, кўплаб 29 (39,2%) беморда, массив 15 (20,3%) беморда аниқланди, 11 (14,8%) беморда остеофит кузатилмади. Остеофит кузатилмаган беморларда касалликнинг давомийлиги ўртача $1,2 \pm 0,3$ йилни ташкил этди.

Рентгенологик текширувларда ўзгаришлар аниқланмаган 42 (28,1%) нафар бемордан 33 (22,2%) нафарда УТТ ўтказилиб, ушбу беморларда УТТ усули синовиал қопламнинг қалинлашуви, сон суяги орқа тоғайининг қалинлашуви, супрапателляр бурама майдонини камайиши белгиларини аниқлаш имконини берди. Шунингдек, касалликнинг II ва III рентген босқичи қайд этилган 40 нафарда УТТ усулида рентгенологик текширувларда кўринмаган синовиал кисталар, мушаклардаги дистрофия белгилар, бўғимдаги суюқлик ҳажмини кўпайганлиги, периферик остеофит, тоғайдаги кальций учоқлари ҳам аниқланди. Касалликнинг сабаблари ва клиник кечуви қанчалик оғир бўлса УТТ текширувида II ва III босқичлар тез ривожланиши аниқланди.

Хулоса: Демак, эрта ривожланган ОА касаллигининг сабабларини, хавф омилларини, оғриқ ва бўғимнинг функционал қобилятини, касалликнинг клиник белгиларини ўрганиш билан бир қаторда, тизза бўғимлари УТТ ўтказиш эрта диагностикасида аҳамиятли ҳисобланади. Ушбу текширув бўғим ва суяклар структураси, бўғим капсуласи, бўғим атрофидаги тоғай ва пайлар, мушаклар, қон томирлари ҳолатига баҳо бериш ҳамда синовиал кисталарни, эрозияларни, бўғим бўшлиғидаги суюқлик ҳажмини кўпайганилиги, нерв толалари зарарланишларини аниқлаш имкониятини беради. Kellgren, Lawtence мезонларга кўра рентгенологик белгиларнинг аниқ ифодаланмаганлигида ҳам УТТ тоғай тўқимаси ва синовиал қопламдаги энг эрта ривожланган минимал ўзгаришларни ҳам аниқлаш имкониятини беради. Ушбу усул соғлом тўқималарга зарар етказмайди, қарши кўрсатмалари мавжуд эмас, қўлланиши жихатдан жуда қулай ва МРТ усулига нисбатан арзон. УТТ усули орқали даволаш муолажаларининг самарадорлигини ҳам аниқлаш мумкин.

ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ПАТОГЕНЕЗИДА TGFβ1 ГЕН ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ АҲАМИЯТИ

Исламова К.А.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Остеоартроз (ОА) касаллиги билан ер юзиди 240 млн киши касалланган бўлиб, касаллик 50 ёшдан кичик аҳоли ўртасида кўпайиб бориши аниқланган. ОАнинг патогенези чуқур ўрганилган бўлиб, хондроцитлар бўғим тоғайини гомеостазини таъминловчи хужайра эканлиги аниқланган. Бу хужайра фаолияти регуляциясининг бузилиши тоғай дегенерациясининг патологик жараёни билан бевосита боғлиқ. Сўнги вақтларда TGFβ1 гени полиморфизмининг ОА касаллигининг ривожланишида хондроцитларнинг етилиши ва гипертрофиясига аҳамияти ўрганилмоқда.

Ишнинг мақсади: Эрта ёшда ривожланган остеоартроз билан оғриган беморларда патоген ўсиш факторини трансформацияловчи - TGFβ1 ген полиморфизмининг кўрсаткичларини ва уларнинг касаллик патогенезидаги аҳамиятини аниқлаш.

Текширув материаллари ва усуллари: Текширувлардан жами 239 нафар, улардан 100 нафари ОА билан оғриган беморлар (68 нафар аёл, 68,0%; 32 нафар эркак, 32,0%) ва 139 нафарини назорат гуруҳидаги соғлом одамлар ўтказилди. Беморларнинг ёши 23 ёшдан 55 ёшгача бўлиб, ўртача $40,2 \pm 5,3$ йилни ташкил этди. 1-гуруҳ гонартроз (ГО) билан 60 нафар бемор, 2-гуруҳ ГО ва остеохондроз (ОХ) билан 19 нафар бемор, 3-гуруҳ ГО ва коксартроз (КО) билан 21 нафар бемор, 4-гуруҳда назорат гуруҳида 139 нафар соғлом кишидан иборат бўлди. Беморларда ОА турларини, хавф омилларини, коморбид ҳолатларни, наслий мойиллигини TGFβ1 ген полиморфизмининг кўрсаткичлари билан боғлиқлик даражасини ўрганилди.

Олинган натижалар: TGFβ1 ген полиморфизмининг аллелларининг учраш частотаси Arg (G) аллели 1-гуруҳда 76,7%, 2-гуруҳда 78,9%, 3-гуруҳда 78,6%, 4-гуруҳда 88,5%, Pro (C) аллели 1-гуруҳда 23,3%, 2-гуруҳда 21,1%, 3-гуруҳда 21,4%, 4-гуруҳда 11,5%ни ташкил этди. Генотиплардан гомозиготали генотип беморларда 60,0%, назорат гуруҳида 77,7%, гетерозиготали генотип беморларда 33,3%, назорат гуруҳида, 21,6%, мутацион генотип беморларда 9,5%, назорат гуруҳида 0,7%ни тақшил этди.

Хавф омилларидан семизлик кўзатишган беморларнинг 48% да гомозигота, 26% гетерозигота, 7% да мутацион генотип полиморфизмлари характерли бўлди. Сўровнома асосида беморлардаги наслий мойилликнинг енгил даражасида 10,0% G/G, 5,0% G/C полиморфизмлари, ўрта оғир ва оғир даражасида 44,0% G/G ва 23,0% G/C полиморфизмлари, оғир даражасида 7,0% Pro/Pro полиморфизми кўзатилди. ОА ва варикоз коморбидлиги 44 нафар (52%) беморда характерли бўлди. Варикоз кўзатилмаган 40,0% беморда гомозиготали генотип, варикоз кўзатилган беморларнинг 27,2% да гетерозигота ва 6,0% да мутацион полиморфизми характерли бўлди.

Беморларда УТТ текширувида касаллик давомийлиги $1 \pm 7,4$ йил бўлган беморларда остеофитнинг эрта пайдо бўлишига TGFβ1 ген полиморфизмининг мутацион генотипи билан боғлиқлиги аниқланди. Гетерозиготали генотип остеофит аниқланган беморларнинг 30,8% кўзатилди.

Хулоса: Демак, Эрта ривожланган ОА касаллиги билан беморларда TGFβ1 ген полиморфизми касаллик патогенезида аҳамиятли ҳисобланади. Хавф омиллари наслий мойиллик, семизлик каби ҳолатларда TGFβ1 ген полиморфизмининг гомо ва гетерозиготали генотиплари характерлилиги аниқланди. ОА ва варикоз коморбид кечганда геннинг гетерозигота ва мутацион генотиплари патоген ҳисобланди. Дегенерация ва дистрофия жараёнининг жадаллашувида TGFβ1 ген полиморфизмининг мутацион формаси бевосита хондроцитга таъсири билан боғлиқлиги ўрганилди.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ СЕВОФЛЮРАНА

Исмоилов Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Одним из приоритетных направлений в ингаляционной анестезии является низкототочная (lowflow anesthesia - LFA- 1,0 л/мин), которая имеет ряд преимуществ перед традиционной анестезией с высоким газотоком. В литературе опыт применения галогеносодержащих анестетиков 2-го и 3-го поколения при анестезии с низким газотоком у детей незначителен и требует дальнейшего изучения [Александров А.Е., 2002, Короткова П.В., 2006].

Цель исследования: оценка эффективности ингаляционной низкототочной анестезии на основе севофлюрана и энфлюрана у детей.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены пациенты в возрасте от 3 до 12 лет (средний возраст $5,7 \pm 1,1$ года), оперированных по поводу экстренной абдоминальной, урологической и нейрохирургической патологии. Все пациенты были разделены на 2 группы. В одной из них использовался энфлюран ($n=41$), в другой - севофлюран ($n=32$). Проводилась комбинированная общая анестезия с низким потоком свежего газа. Индукцию в наркоз проводили ингаляционным способом (O_2 100% + энфлюран (севофлюран)). Длительность операций в среднем составила 90 ± 15 мин.

Индукция осуществлялась ингаляцией энфлюрана (севофлюрана) на аппарате «Fabius» («Dräger», Германия), начиная с 0,1 об.%, затем увеличивая концентрацию до 0,5 об.% севофлюрана и 0,8-1,0 об.% энфлюрана. Перед интубацией внутривенно вводили*: фентанил (2,5 мкг/кг). Интубация трахеи проводилась после миорелаксационного действия (2 мг/кг) с последующим введением атропина в возрастных дозах.

Поддержание анестезии осуществлялось ингаляцией $N_2O:O_2=1:1$ + севофлюран 0,3-0,5 об.% или энфлюран 0,8 об.%. Интраоперационная аналгезия - фентанил в возрастных дозировках. Вентиляцию проводили на наркозном аппарате «Fabius» фирмы «Dräger» в реверсивном контуре. Учитывая возможность образования компаунда А ингаляцию севофлюрана проводили при газотоке не менее 2 л/мин. Интраоперационная инфузионная терапия проводилась кристаллоидами из расчета 10 мл/кг/ч.

За 5 минут до окончания операции прекращали подачу всех ингаляционных анестетиков и переводили ребенка на ручную ИВЛ по полукрытому контуру с высоким газотоком (100% кислород), сдували манжетку трубки и выполняли экстубацию трахеи.

Для оценки эффективности и безопасности анестезии нами изучались следующие показатели: стандартный интраоперационный мониторинг - ЧСС, АД сист. и АД диаст. CarcHocap (Datex), насыщение крови кислородом (пульсоксиметрия), PinC02, PetC02, FiO2, FexO2 (капнография). С целью определения адекватности вентиляции оценивали газы крови: PaC02, PaO2, pH на следующих этапах: до начала анестезии, индукция, поддержание анестезии, выход из анестезии. С целью оценки токсического действия энфлюрана (севофлюрана) определяли билирубин крови, креатинин, Ал.АТ.

мочевину, альбумин до операции и через 24 часа после окончания анестезии. Полученные данные статистически обрабатывали с помощью пакета MS Excel.

Результаты и их обсуждение: Вовремя индукции спонтанной двигательной активности пациентов не наблюдалось. Индукция в наркоз севофлюраном была быстрой (45-50 с), хорошо переносилась больными. В первой группе установлена более высокая вероятность неблагоприятных реакций со стороны верхних дыхательных путей (кашель, ларингоспазм, задержка дыхания) у детей при индукции энфлюраном (в 27,9% случаях против 6,25% (севофлюран), $p < 0,01$).

В условиях режима «*downflow anesthesia*» показатели газообмена, гемодинамики и респираторной функции у детей обеих групп оставались стабильными на всех этапах анестезии и операции. Изученные показатели гемодинамики характеризовались незначительными изменениями на этапах исследования: ЧСС в период индукции увеличивалось на 7,5 % по сравнению со значениями до операции, во время поддержания анестезии ЧСС снижалось на 3,1% по сравнению с предыдущим этапом, что говорит о гемодинамической стабильности. На этапе выхода из анестезии ЧСС оставалось повышенным по сравнению с I этапом, незначительно снижаясь по отношению к предыдущему этапу.

На этапе индукции также отмечалось незначительное снижение АД, как систолического на 11,8%, так и диастолического на 9,7%. На последующих этапах АД сист. и АД диаст. изменялось в пределах 5-10%. Эти данные также характеризуют севофлюран (энфлюран) в указанных дозировках как гемодинамически стабильные анестетики.

Показатели PinC02 и FexC>2 оставались практически неизменными на всех этапах исследования. SpC>2 изменялся в пределах 98,4%-99,8%. С целью оценки уровня оксигенации было проведено определение газов крови у пациентов, который показал следующее: уровень PaO₂ в течение всех этапов исследования оставался в пределах допустимых величин (более 80 мм рт.ст.), pH изменялся от 7,36±0,01 до 7,34±0,01. Все эти данные говорят об адекватности оксигенации в течение всей анестезии.

Учитывая что, все фторсодержащие ингаляционные анестетики имеют свойство элиминировать в паренхиматозных органах, нами проводился ряд биохимических анализов для определения функционального состояния печени и почек. Полученные в результате изучения биохимических показателей крови у больных данные указывали на отсутствие нарушений функционирования печени и почек.

Так, концентрация креатинина и мочевины через 24 часа после операции не отличались от исходных значений. Активность трансаминаз незначительно снижалась через сутки после операции. Уровень билирубина и альбумина крови изменялся незначительно, оставаясь в пределах нормальных значений, что было статистически недостоверно, и указывало на сохранение белково-продуктивной функции печени.

Выводы:

Стабильные интраоперационные показатели газообмена и гемодинамики, отсутствие отрицательного влияния на изученные показатели гомеостаза дают основание говорить о безопасности и эффективности метода низкочастотной ингаляционной анестезии на основе севофлюрана (энфлюрана) у детей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Исмоилов Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Анализ проявлений кишечной дисфункции у детей с тяжелой термической травмой позволил выделить 4 ведущих симптома: многократная рвота (47%), развитие стрессовых язв Курлинга (19%), парез желудочнокишечного тракта с появлением «застойного» отделяемого из желудка (25%) и многократный жидкий стул (9%). Наиболее часто эти симптомы развивались у детей в возрасте от 1 года до 7 лет (63,2-66,6% пациентов данного возраста переносили вышеупомянутые нарушения). С увеличением длительности шока растет и тяжесть нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Менее длительный шок, как правило, сопровождается многократной рвотой, в то время как продолжительный шок формирует стрессовые язвы Курлинга с кровотечениями из них и парез кишечника с отсутствием возможности энтерального питания.

В качестве модели гиперметаболического состояния нами избраны 36 детей в возрасте 3-5 лет (средний возраст 3,3±0,3 года) с термической травмой-ожогами кипятком средней площадью 20,3±1,1%. У всех пациентов при поступлении констатирован ожоговый шок и проведена противошоковая терапия по стандартному протоколу. Всем детям в первые 24 ч начато энтеральное зондовое питание, по мере восстановления возможности энтерального питания постепенно переходили на режим смешанного приема пищи с использованием оральной алиментации. В группу сравнения вошли 36 пациентов с аналогичными характеристиками, которым энтеральное питание начато в среднем на 2-3 сутки.

Результатом внедрения методики раннего энтерального питания явилось сокращение продолжительности полиорганной дисфункции с 8,45±0,5 до 6,22±0,3 суток ($p < 0,05$) и времени лечения в отделении реанимации с 12,02±0,6 до 9,3±0,3 суток ($p < 0,05$). Ни у одного из пациентов, получавших энтеральное питание с первых суток, не отмечено кровотечения из желудочно-кишечного тракта, против 6 в группе с поздним его началом (16,6%). В группе раннего энтерального питания отмечено сокращение расхода препаратов крови на 22% и плазмозамещающих сред на 36%.

Таким образом, в профилактике осложнений и сокращении времени лечения детей с тяжелой термической травмой имеет значение не только сам факт наличия адекватного энтерального питания, но и сроки его начала.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Ишанчаева Н., Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А.

*Андижанский филиал Республиканского научно-практического
медицинского центра онкологии и медицинской радиологии,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время реконструктивно-пластические операции занимают главное место в реабилитации больных РМЖ и рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой целостности собственного органа. Около 50% пациенток после мастэктомии хотят восстановить молочную железу, в связи с чем в последние годы возросла потребность в одномоментной реконструкции органа, так как это позволяет избежать психологического стресса и депрессии, связанных с потерей железы.

При этом необходимым условием хорошего результата является достижение симметрии с контралатеральной стороны, что приводит к необходимости операции на другой молочной железе. Методы реконструкции молочной железы можно разделить на три группы: реконструкция с использованием синтетических материалов (экспандеров и имплантатов), собственных тканей и их комбинации. К первой группе относят двухэтапные операции с первичной дермотензией экспандером и последующей заменой на эндопротез. Ко второй группе относят операции с использованием аутоотрансплантатов в виде торакодорсального лоскута,

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы.

Материал и методы. Выполнены 94 субтотальные радикальные резекции и подкожные радикальные мастэктомии с пластикой возникшего дефекта перемещенным торакодорсальным лоскутом, 43 радикальных резекции с пластикой по О.А. Орлову и 12 радикальных мастэктомий с одномоментной реконструкцией молочной железы TRAM - лоскутом. Реконструкция груди имплантами выполнена 39 больным после радикальной мастэктомии. В 3 случаях радикальная мастэктомия дополнена первичной пластикой перманентным экспандером, размещенным в субмускулярном кармане. Остальным больным выполнена отсроченная пластика. Если применяли обычный экспандер, то сначала устранялся дефицит кожи, а через 6 месяцев экспандер заменялся постоянным имплантом. Еще 33 пациенткам выполнены различные способы эндопротезирования молочных желез с эстетической целью.

Результаты. За последние 5 лет в АОД 125 имплантаций экспандеров и эндопротезов. В 83 случаях это были импланты, наполненные силиконовым гелем, в 19 - экспандеры, постепенно заполняемые физиологическим раствором и в 23 - перманентные экспандеры, сочетающие в себе свойства экспандеров и эндопротезов. 4 из 125 имплантаций осложнились нагноением сером, что привело к удалению двух экспандеров и двух эндопротезов.

Процент осложнений составил 3,2%. Следующим этапом работы по реабилитации больных раком молочной железы после хирургического лечения стало внедрение в практику отделения пластик собственными тканями пациентки. Во всех случаях получен хороший косметический результат. Имело место одно осложнение - кровотечение из перемещенной широчайшей мышцы спины, что потребовало повторной операции и остановки кровотечения. В отдаленном периоде рецидивы возникли у 4,7% пациенток.

Выводы. Органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции не уменьшают эффективность удаления первичного очага и регионарных лимфатических узлов, не снижают продолжительность жизни больных и значительно улучшают качество жизни больных раком молочной железы.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ишанчаева Н, Урманбаева Д.А., Базарова Ф.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современные подходы лечения основаны на клинических исследованиях, которые включают молодых женщин с РМЖ без выраженных сопутствующих патологий. Результаты этих исследований не могут быть экстраполированы на пожилых пациенток. Следует отметить, что с возрастом у женщин увеличивается количество сопутствующих заболеваний. На момент постановки диагноза у многих пациенток отмечаются 2 и более сопутствующих патологий. Так, в возрасте 65 лет и старше только 8 % больных со злокачественными опухолями не имеют сопутствующих заболеваний, 37 % больных имеют 2, а 55 % больных — 3 и более сопутствующих патологий. Продолжительность жизни у таких пациенток значительно и оценка результатов лечения разительно отличается от основной выборки.

Рекомендации по лечению РМЖ у пожилых противоречивы — от радикальных операций до преимущественно консервативной терапии. Крупных рандомизированных исследований по лечению пожилых больных РМЖ не так много, поскольку возраст старше 65 лет часто является критерием исключения для клинических исследований и не существует конкретных клинических рекомендаций в отношении данной возрастной группы

Цель исследования: оценка морфологических признаков лечебного патоморфоза РМЖ

Материал и методы: Изучено 128 раков молочной железы (РМЖ) после лучевого и лекарственного лечения.

Материал исследован с широкой вырезкой центральных и периферических отделов опухоли, фона, лимфатических узлов с применением гистологических, гистохимических, иммуногистохимических методов. Возраст больных от 34 до 82 лет (средний 58,6 лет).

Результаты исследования. При гистологическом исследовании патоморфоза РМЖ выявлены дистрофические изменения клеток и ядер различной степени выраженности. Почти полное исчезновение опухоли (11,7%) характеризуется выраженным фиброзом и гиалинозом, мелкими скоплениями или единичными уродливыми клетками, окруженными клетками инородных тел, лимфоцитами. Для выраженного патоморфоза (38,3%) характерно нарушение гистологической структуры опухоли, фиброз, некроз, дистрофические изменения (ДИ) части опухолевых клеток. При умеренно выраженном патоморфозе (27,3%) структура опухоли сохранена на значительном протяжении, имеются мелкие фокусы некроза, ДИ части опухолевых клеток. Слабо выраженный патоморфоз определяется сохранением структуры опухоли и мелкими фокусами дистрофически измененных раковых эпителиоцитов. В 7,8% наблюдений признаков патоморфоза не выявлено, в 1 наблюдении (0,8%) после лечения отмечен рост РМЖ. При исследовании лимфатических узлов в 37,5 % наблюдений выявлены изолированные опухолевые клетки и микрометастазы РМЖ (<0,2см). Метастазы РМЖ 0,2-2см обнаружены в 52,3% случаев, >2см - в 13%. Корреляции между степенью выраженности изменений РМЖ и метастатическими поражениями не выявлено.

Выводы. При морфологическом исследовании не установлено специфических для лечебного патоморфоза признаков. Изменения, возникающие после лучевого и лекарственного лечения, не имеют принципиальных различий. Степень выраженности лечебного патоморфоза РМЖ как критерий эффективности проведенного лечения нуждается в дальнейшем изучении.

ИТОГИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Кабулов М.К.

Каракалпакский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространённость рака в целом и отдельных его форм отмечается значительной популяционной и территориальной вариабельностью. В мире существует несколько регионов с высокой частотой распространения рака пищевода (РП): Иран, Китай, Восточная и Южная Африка. Якутия, Бурятия, а также Казахстан, Туркменистан, Узбекистан и Каракалпакстан (В.М. Мерибашвили, 2003). Основная причина широкой территориальной вариабельности частоты рака заключается, как в многочисленности канцерогенных факторов, так и территориальных различий акцентированного их действия (М.К.Кабулов, 1998; Л.А.Пономарева, 2009).

По данным ВОЗ считается общепризнанным доминирующая роль факторов окружающей среды в возникновении злокачественных новообразований человека. Поэтому особый вес приобретают статистико - эпидемиологическое исследование в регионах, непосредственно прилегающих к зонам экологических бедствий. Наиболее частой формой локализаций рака по Республике Каракалпакстан за последний 50 лет является РП. При этом частота регистрации РП среди мужчин и женщин одинаковая- 49% и 51 % соответственно. Учитывая это обстоятельство, в 1980-1990 годы была разработана и реализована специальная Государственная программа «Рак пищевода». В ней была поставлена цель по предупреждению РП среди населения Республики Каракалпакстан и снижения уровня заболеваемости с 33,1 в 1980 г. до 24,4 на 100 000 населения в 1992 году. Это было достигнуто благодаря внедрению в практику 2-х этапного профилактического обследования населения. На основании проведения (на первом этапе) массового регулярного, долгосрочного, профилактического обследования лиц старше 40 лет с применением анкетного, эндоскопического и морфологического методов доказано патогенетическая связь между воспалительными заболеваниями - хронические эзофагиты и лейкоплакии пищевода, и рака пищевода с витаминдефицитным (по витаминам С,А) состоянием организма. Нами установлено, что вышеуказанные воспалительные заболевания пищевода трансформируются в рак в 0,5- 10 % случаев. Выявленная дисплазия эпителия пищевода у 41,2 % пациентов через определенное время (от 8 месяцев до 5 лет) переходили в рак.

Первичная профилактика рака пищевода была достигнута соблюдением ряда мер:

- проведение массовой витамин профилактики населения одного (Муйнакского) района Республики Каракалпакстан путем регулярной бесплатной раздачи школьникам и всему взрослому населению витамина С и А в драже в течение 7 лет;
- агитация и пропаганда здорового образа жизни, особенно употребление достаточного количества клетчатки с овощами и фруктами;
- отказ от вредных привычек - прием алкоголя, курение табака, употребление насвая, а также горячей пищи и чая с добавлением перца.

Вторичная профилактика рака пищевода - это диагностика и лечение предраковых заболеваний пищевода, перечень которых известен врачам общей лечебной сети. Частота предопухолевых заболеваний пищевода среди каракалпакской популяции составляет 31,6% от числа эндоскопических скрининговых исследований более 3-х тысячи лиц старше 40 лет. На основании проведенного углубленного дескриптивного исследования (второй этап) установлено, что риск рака пищевода в Республике Каракалпакстан связан в значительной степени с национальной принадлежностью (казахи и каракалпаки), у которых частота атрофического эзофагита была достоверно выше - 34,7 % и 48,1% чем у узбеков - 13,4%.

Таким образом, в этиопатогенезе рака пищевода в Республике Каракалпакстан значительную роль играет алиментарный С и А гиповитаминоз. Осуществленная длительная комплексная профилактика, выявление и лечение больных с предопухолевыми заболеваниями пищевода и изменение многолетних диетических традиций среди населения Республики Каракалпакстан дала положительную динамику в снижения частоты рака пищевода. За 40 лет достигнуто 3-х кратное снижение уровня заболеваемости РП: в 1979-1992 гг. она была равна 30,1, в 2017-2018 гг. - 10,5 на 100 000 населения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЦЫФРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ

Кадилов А.А., Худайбердиев К.Т., Мамажанов Б.С., Турсунов Ф.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Рентгенография традиционно является наиболее доступным методом визуализации спинальных повреждений. Однако это недостаточно чувствительный и специфичный метод для визуализации повреждений шейного отдела позвоночника.

Цель. Оценка информативности рентгенографии в двух проекциях (прямой и боковой) в диагностике повреждений задних структур шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Проспективному и ретроспективному анализу было подвержено 70 историй болезней пациентов с повреждениями шейного отдела позвоночника, лечившихся в клиники АндГосМИ с 2014 по 2019 гг.

Оценка уровня и объема повреждений производилась по данным рентгенографии шейного отдела позвоночника в двух проекциях. Во всех исследуемых случаях рентгенография была дополнена выполнением КТ или МРТ. Морфологическое разделение костно-связочных структур шейного отдела позвоночника производили согласно биомеханической концепции White A.A., Panjabi M.M. на 2 колонны: переднюю и заднюю. К передней колонне были отнесены передняя продольная связка, тело позвонка, межпозвоночный диск, задняя продольная связка, поперечные отростки. Задняя включала боковые массы позвонков, дугу позвонка, желтую связку, остистый отросток, межостистые связки.

Результаты и обсуждение. Из 70 пациентов у 53 человек по результатам КТ были выявлены повреждения задней колонны шейного отдела позвоночника, что составило 75,7%. Рентгенография в прямой проекции ни в одном случае не позволила выявить субаксиальных повреждений задних структур шейного отдела позвоночника. При использовании боковой проекции из 53 пациентов только у 24 человек удалось верифицировать наличие повреждений задней колонны шейного отдела, что составило 45,3%. По литературным данным в 35-45% случаев повреждений шейного отдела позвоночника по результатам рентгенографии получают ложно-отрицательный результат. Однако эти результаты обобщенные и включают травму передних и задних структур. Следует отметить, что диагностика повреждений заднего опорного комплекса с точки зрения развития нестабильности является более важной. Кроме того, их визуализация по данным рентгенографии существенно сложнее.

Вывод. Информативность рентгенографии, как метода диагностики травмы шейного отдела позвоночника, является недостаточной. При оценке ее данных следует помнить о высоком проценте ложно-отрицательных результатов, что должно учитываться при составлении диагностического алгоритма для верификации повреждений шейного отдела позвоночника.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ КЛАССИФИКАЦИИ СУБАКСИАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кадилов А.А., Худайбердиев К.Т., Мамажанов Б.С., Турсунов Ф.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Травма шейного отдела позвоночника является одной из наиболее тяжелых, характеризуется разнообразным характером повреждений, большим риском развития тяжелых осложнений, а также высокой частотой летальности. При этом окончательно не решен вопрос классификации данных повреждений, что негативно отражается на последующей лечебной тактике больных.

Цель исследования. Изучить приемлемость и универсальность наиболее используемых классификаций субаксиальных повреждений шейного отдела позвоночника.

Методика. Исследование основано на проспективном и ретроспективном анализе историй болезни 68 пациентов с субаксиальными повреждениями шейного отдела позвоночника, лившихся на лечении нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2014 по 2019 гг.

Все пострадавшие вели активный образ жизни, средний возраст пострадавших попадал в интервал от 21 до 57 лет. По механизму травмы повреждения распределены в порядке убывания следующим образом; автодорожная, бытовая, травма ныряльщика, травма «землеко-пателя». Для изучения структуры повреждений использовались классификации Allen&Ferguson, AOSpine, SLIC (the subaxial injury classification).

Результаты и обсуждение.

1) При использовании классификации Allen&Ferguson из 68 пациентов у 51 (75,0%) удалось верифицировать тип повреждений по данной классификации. У 10 (14,7%) определение оказалось затруднительным. В 7 (10,3%) случаях возникли трудности в определении классификационной группы, так как повреждения, одновременно имели признаки принадлежности к 2 разным группам одновременно. В 3 (4,4%) случаях не удалось определить группу повреждения по данной классификации.

2) При оценке повреждений шейного отдела позвоночника по классификации AO Spine из 68 пациентов у 39 (57,4%) удалось верифицировать тип повреждений по данной классификации. У 29 (42,6%) пациентов определение оказалось затруднительным, причем у 13 (19,1%) невозможным.

3) Классификация SLIC предусматривает балльную оценку морфологии повреждений, состояния диско-лигаментарного комплекса, неврологического статуса. Верифицировать субаксиальную травму шейного отдела позвоночника удалось у 68 (100%) пациентов.

Заклучение. Наиболее приемлемой и универсальной классификацией субаксиальных повреждений шейного отдела позвоночника из использованных в данном исследовании является SLIC позволяющая в 100% случаев произвести дифференцировку травмы.

При большинстве видах (типах) субаксиальных повреждений шейного отдела позвоночника нет четко прослеживаемой корреляции между тяжестью морфологических разрушений и выраженностью неврологического дефицита.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНЕСЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

*Кадилов А.А., Худайбердиев К.Т., Мамажанов Б.С., Турсунов Ф.К.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Материал методы. Под нашим наблюдением находилось 187 больных с закрытыми повреждениями С5, С6, С7 позвонков и поражениями спинного мозга различной степени выраженности. Мужчин больше было 150 женщин 37. Средний возраст составил 29,7 лет (от 20 до 76 лет). Основными причинами травмы являлись: дорожно-транспортные происшествия (56%), ныряние (31%), падение с высоты (10%), скатывание по лестничным ступенькам (3%). Компрессионные переломы тел нижнесейных позвонков имели место в 48 случаях, компрессионно-оскольчатые без внедрения фрагментов в позвоночный канал - в 49 и с их внедрением - в 37; переломо-вывихи - в 53, из них с полным вывихом тела - у 11. При определении вариантов хирургического лечения использовались классификации Т.Дюккер и соавт. и В.Аллен. Для оценки степени неврологического дефицита и результатов лечения применялась общепринятая функциональная классификация спинальных больных по Frankel: в группе А - 19 больных; в группе В - 39; в группе С - 51; в группе Д - 42; в группе Е - 36. Оперативное вмешательство в течение первых суток с момента травмы выполнено у 1/3 пострадавших, у остальных - в течение 7-10 дней.

Диагностика повреждений позвоночника осуществлялась с помощью спондилографии, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии.

Хирургическое вмешательство при нестабильных компрессионных и взрывных переломах тел нижнегрудных позвонков выполнялось только передним доступом. При минимальных неврологических проявлениях и отсутствии выпадения диска в позвоночный канал удалялось 2/3 тела позвонка с пораженной частью, после реклинации и distraction устанавливался сетчатый титановый кейдж с заполненной костной стружкой, усиленный на костной пластинкой. У части больных, где применялись цилиндрической формы пористые титановые импланты, при их расположении вертикально возникала резорбция на границе кость-металл из-за постоянного давления «тяжелой головы» на поврежденные шейные позвонки и развивалась нестабильность, ввиду чего пострадавший нуждался в дополнительной фиксации. Более надежным оказался корпородез пористым титановым имплантом с резьбой; при вкручивании его в соразмерное ложе и быстрого формирования блока пораженного позвоночно-двигательного сегмента отпадала необходимость в дополнительной стабилизации.

Анализ ближайших результатов хирургического лечения показал: умерло 42 (22,5%) больных; без изменений - 37 (19,7%); хороший и отличный результат - 108 (57,5%).

Умершие входили в группу А и В, частично - в группу С, что свидетельствовало о грубых изменениях в структурах спинного мозга, полученных в момент травмы. У этих пострадавших на степень восстановления неврологических нарушений сроки оперативных вмешательств не повлияли. Наиболее перспективными оказались пациенты группы Д и Е, где правильный подход, подбор наиболее целесообразных стабилизирующих конструкций позволил получить положительные результаты. Больным, выписанным из стационара «без изменений», наряду с оказанием полноценного хирургического лечения, в арсенал медикаментозных препаратов необходимо включать новые лекарственные средства.

Выводы. Хирургическая тактика при травме нижнесейных позвонков и спинного мозга зависит от выраженности повреждений костных структур, подбора соответствующих для данного вмешательства инструментария, адекватной декомпрессии спинного мозга и надежной стабилизации уровня поражения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

*Кадилов А.А., Худайбердиев К.Т., Турсунов Ф.К., Худайбердиева М.С.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель исследования: анализ результатов лечения повреждений краниовертебральной области.

Материал и методы. В отделении нейрохирургии клиник АндГосМИ находилась на лечении 56 больных в возрасте от 19 до 59 лет с различными повреждениями краниовертебрального сегмента, обусловленных в основной дорожно-транспортные происшествия. Женщин - 11 человек, мужчин - 45. У 54 пациентов травма была свежая, у 2 застарелая. Перелом зубоидного отростка с подвывихом выявлен у 14, перелом палача у 27, причём в одном случае тело С2 позвонка сместился навес поперечник с захождением на тело С3, перелом Джефферсона у 13, сочетанные повреждения С1-С2 у 2. При выработке плана лечебных мероприятий использовалась классификация А.М.Левина, С.С.Эдвардса (1985), согласно которой все переломы из истмической части С2 под разделены на три типа. 1 тип - межпозвонковый диск и большинство основных связанных структур на уровне С2-С3 остаются контактными - перелом стабильный; 2, 2А и 3 типы сопровождаются между естественными разрывами мягкотканых элементов позвоночно-двигательного сегмента С2-С3 - перелом нестабильный. Неврологическая симптоматика оценивалась по шкале ASIA (1988) года: у 5 пациентов имело место глубокий (группа В), у 7 - умеренный тетрапарез (группа С), в остальных случаях доминировала цервикалгия, вынужденное положение головы, ограничение движений из-за болей. У одной трети пострадавших в затылочной области имелись ушибы мягких тканей, подпапневротические гематомы и ушибленные раны. При застарелых переломах превалировал синдром позвоночной артерии. Диагностические мероприятия включали: прямые и боковые рентгенограммы шейного отдела позвоночника рентгенограммы через открытый рот, рентгенограммы в 3/4 проекции верхнешейного отдела КТ С1-С3 позвонков МРТ шейного отдела.

Результаты и их обсуждение. Оперативному вмешательству с открытым вправлением смешанного позвонка подвергались 42 пациента. Для фиксации области перелома применялся окципитоспондилодез: титановой проволокой с протакрилом к остистому отростку С3 позвонка – 7 случаев, конструкцией с термомеханической памятью формы к остистому отростку С2 позвонка – 10, крючковыми конструкциями фирм Медбиотек, ChM за дужки С3-С5 позвонков – 25. При наличии внедрившихся в спинномозговой канал дужек тел позвонков или их фрагментов осуществлялась декомпрессивная ламинэктомия с удалением последних.

Остальным 14 больным были наложены Halo-аппараты. После репозиции последующая фиксация выполнялась индивидуально изготовленными торакокраниальными ортезами, так как *при* ношении *ортеза* Филадельфия с диадемой в 3 случаях имело место рецидив подвывиха.

У 54 пациентов **результаты лечения:** оценены как хорошие. Достигнут эффект **репозиции и** стабилизации. **В** то же время **следует** отметить, что фиксация шейного отдела **позвоночника** на всем протяжении заставляла **больных** приспосабливаться к новым условиям **из-за** ограничения движений головы, чего **не наблюдалось** при установке систем только к **верхним** позвонкам. Из 5 пациентов с глубоким **тетрапарезом** неврологическая картина у 3 **имела** тенденцию к восстановлению, 2 больных **скончались** (один - от восходящего отека **спинного** мозга, второй - от ликвореи, осложнившейся менингоэнцефалитом).

Выводы. Таким образом, при повреждениях верхнешейных позвонков более предпочтительна стабилизация только на уровне поражения. Одним из немаловажных факторов является тщательная санация мягких тканей в области оперативного вмешательства: опорожнение подпапневротических гематом, полноценное и рациональное иссечение рвано-ушибленных ран, что явится профилактикой гнойно-воспалительных осложнений.

ВЫБОР ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Кадилов Ш.Н., Ахмадалиев С.М., Йулдашев А.А., Усмонов Э.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

В работе анализируются результаты обследования и оперативного лечения 83 больных острым холециститом, осложненным механической желтухой в клинике с 2015 по 2020 год. Женщин -61, мужчин -22. В среднем возраст 5 года.

Изменения в гепатикохоледохе у 65 больных (%) были представлены холедохолитиазом, причем в 9 случаях он сочетался со стенозом терминального отдела холедоха. В остальных наблюдениях причиной нарушенного оттока желчи в двенадцатиперстную кишку послужил изолированный папиллостеноз -7 (%). У всех больных изменения желчных протоков обуславливали развитие механической желтухи, которая у 9 больных осложнилась холангитом. Длительность желтухи составляла от нескольких часов до 3 недель.

Тяжесть состояние 56 больных усугублялась наличие сопутствующих, часто декомпенсированных терапевтических заболеваний, которые у 1/3 пациентов приобретали характер конкурентных.

Тактику лечения определяли с учетом тяжести состояния больных, выраженности клинических проявлений острого холецистита и его осложнений, данных дооперационного обследования желчевыводящих путей. Это позволило судить о характере изменений в гепатикохоледохе и ставить показания к проведению срочного декомпрессивного вмешательства или радикальной хирургической операции. При высоком риске оперативного вмешательства, обусловленном преклонном возрастом, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний и интоксикацией, развившейся на фоне обструкции и инфицирования желчных путей, ставили показания к эндоскопическому ретроградному контрастированию желчных протоков (ЭРХПГ) для решения декомпрессия желчных путей.

Показанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) считали холедохолитиаз с папиллостенозом или без него и изолированный стеноз терминального отдела общего желчного протока, вызвавшие развитие механической желтухи и холангита.

ЭПСТ произвели всем больным традиционным канюляционным способом с помощью папиллотомы Делминга. Протяженность разреза занимала всю длину продольной складки от 1,5 до 2,5 см, что обеспечивало широкие раскрытие дистального отдела общего желчного протока. Мелкие и средние конкременты отходили, как правило, самостоятельно а большие удаляли с помощью корзинка Дормина.

ЭПСТ была использована как первый этап оперативного вмешательства 64 больным (%) после купирования приступа острого холецистита.

После ЭПСТ тактика в отношении конкрементов гепетикохоледохе, характеризовалась определенными особенностями. В виду исходно тяжелого состояния больных на первом этапе лечения основной задачей эндоскопической операции считали ликвидацию гнойного холангита путем декомпрессии и восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. С помощью ЭПСТ холедохолитиаз был устранен у 72 пациентов. У 4 больных крупные конкременты гепатикохоледохе извлечь не удалось. Они были удалены во время последующей холецистэктомии и холедохолитотомии.

В результате ЭПСТ у всех больных с сужением терминального отдела общего желчного протока папиллостеноза был устранен. Последнее обстоятельство позволило всем оперированным в последующем выполнить холецистэктомию не прибегали к трансдуоденальной папиллосфинктеротомии или холедоходуоденостомии.

Хирургические операции без предварительных декомпрессивных вмешательств на желчных путях было произведено 4 больным. Оперативные вмешательства на высоте острого холецистита и его осложнений считали вынужденными, и выполняли их по экстренным и срочным показаниям на фоне механической желтухи и холангита.

Таким образом, двухэтапное лечения (эндоскопическая декомпрессия и оперативное вмешательство) больных острым холециститом, осложненным механической желтухой, позволяет уменьшить объем хирургического вмешательства, особенно при высоком его риске.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Камышов С.В., Ниёзова Ш.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии
Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность. Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ), в последнее время, неуклонно растёт.

Гистологическая форма опухоли является одним из традиционных морфологических факторов прогноза клинического течения РМЖ.

По данным ВОЗ самой частой гистологической формой РМЖ является инвазивный протоковый. Он встречается в 59% случаях. Вторым по частоте встречаемости РМЖ является инвазивный дольковый РМЖ, что составляет 25%.

Цель исследования. Выявление экспрессии молекулярно-генетических маркеров и определение их диагностической значимости для прогноза клинического течения РМЖ.

Материал и методы. При выполнении исследования в обследуемую группу были включены 200 пациенток отделения маммологии РСНПМЦОиР, которым был установлен диагноз РМЖ 1-2 стадии. Всем пациентам проводилось комплексное обследование в условиях центра. Для выяснения характера новообразования молочной железы выполнялась cog-биопсия и гистологическое исследование.

Результаты. В нашем исследовании рецепторы эстрогенов обнаружены в 53,5% случаев. В зависимости от уровня экспрессии РЭ выделены 3 группы пациентов с различными РЭ-фенотипами РМЖ: РЭ-отрицательные, РЭ-слабоположительные и РЭ-положительные. При сравнении выделенных по уровню экспрессии РЭ в группах обнаружено, что метастатическое поражение лимфатических узлов достоверно чаще, чем единичное отмечалось в группе пациентов с РЭ-отрицательными опухолями, что составило 59% в сравнении с группой пациентов с РЭ-положительными опухолями -42%. Группа пациентов с РЭ-слабоположительными опухолями не отличалась от двух других групп по этому показателю. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что опухоли с гиперэкспрессией онкобелка HER2neu обладают большим лимфогенным метастатическим потенциалом в сравнении с опухолями с негативным HER2neu.

Выводы. Опухоли со сниженной экспрессией РП характеризуются не только высокой экспрессией онкобелка HER2neu, но и повышенным уровнем пролиферативной активности клеток. Прогностическое значение содержания и уровня экспрессии (особенно его снижение) РП как маркера неблагоприятного прогноза и течения РМЖ подтверждается в результате комплексного подхода к этой проблеме.

БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ, БОШ ВА ЮЗ – ЖАҒ СОҶА ГЕМАНГИОМАЛАРИ

Каримов М.А., Садиков Р.Р., Жўрабоев Қ.О.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тошкент тиббиёт Академияси

РИОвАРИАТМ АФ

Мавзунинг долзарблиғи. Гемангиома сўзи 1843 йили Liston томонидан фанга олиб кирилган бўлиб, 1864 йилда немис патологанатоми Рудольф томонидан унга таъриф берилган. Кейинчалик 1867 йили Вирхов умуртқа поғонаси гемангиомасини тасвирлаб берган. 1840 йили Касаба ва Меррит сон соҳаси териси ва чуқур юмшоқ тўқимасини ўз ичига олган гемангиома ходисасини билдириб ўтди. 2008 йили Франциялик олимлар гуруҳи Christine Leaute – Lebreze ва ҳамкасблари гемангиома билан оғриган 11 нафар кўкрак ёшидаги болаларни пропраналол препарати билан муваффақиятли даволашга эришдилар.

Юз – жағ соҳа гемангиомалари стоматология, юз – жағ жарроҳлиғи ва болалар онкологиясининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Гемангиома қон томирдан ривожланувчи яхши сифатли ўсма бўлиб, болаларда оғиз бўшлиғи, бош соҳа, жинсий аъзо соҳалари, юз ва жағ соҳаларида энг кўп учрайди. Бундай яхши сифатли ўсма организмнинг ўсиши билан биргаликда тез ривожланади ва баъзан ўсишдан тўхтаб ҳам қолади (2 % ҳолларда).

Илмий иш мақсади. Андижон вилоят онкология диспансери болалар онкология бўлими ва болалар онкологик кабинетида даволанган 0-8 ёшгача бўлган оғиз бўшлиғи, бош соҳа ва юз-жағ соҳа гемангиомаси таъхиси билан консерватив ва хирургик даволанган ҳолатларни учраш частотаси ҳамда натижаларини ўрганиш.

Материаллар ва услублар. Андижон вилоят ўсма касалликлари диспансерида 2016 – 2017 йиллар давомида стационар ва амбулатор даволанган 0 – 8 ёшгача, оғиз бўшлиғи, бош ва юз – жағ соҳасида жойлашган гемангиома билан оғриган 58 нафар беморлар касаллик тарихи ва амбулатор карталарини ретроспектив таҳлил қилинди.

Тадиқот натижалари. Таҳлилий ўрганиш 58 нафар бемор касаллик тарихи ўрганилди. Улардан 28 нафари (48,3 %) ўғил бола, 28 нафари (51,7 %) қиз бола. Беморларнинг 34 нафари (58,6 %) Андижон, 19 нафари (32,7 %) Фарғона ва 5 нафари (8,7 %) Наманган вилоятларидан келиб даволанишган. Ёш бўйича тақсимланиши 0 – 6 ойлик (n25, 43,1%), 6 ой – 1 ёш (n14, 24,1 %), 1 – 3 ёш (n11, 19,0 %) ва 3 – 8 ёш (n8, 13,8 %) га мос келади. Беморларнинг яқинлари қизиқликка (n57, 98,3 %), ҳосилага (n48, 82,7%), косметик нуқсонга (n18, 31,0%) ва қон кетишга (n2, 3,4%) шикоят қилиб мурожаат этган.

Барча беморлар стационар даволанишга муҳтож деб топилган ва стационар шароитда умумий оғрикисилантириш остида жарроҳлик усулида ҳосилани олиб ташлаш ташриҳи билан даволанган. Баъзи беморлар жарроҳлик амалиётидан аввал склеротик даво (этил спирти билан) ва криодеструкция билан даволанган. Ноинвазив даво усуллари қўлланилмаган. Касаллик қайталангач қайта мурожаат этган беморлар ҳисобланишади. Ташрихдан кейин 9 нафар беморда касаллик қайталанган ва 18 нафар беморларда ҳар хил даражадаги ташрихдан кейинги чандиклар қолган. 58 нафар бемор 208 (ўртача 3,6) кун шифохонада даволанган.

Хулоса. Таҳлил натижаси шуни кўрсатадики, касаллик қайталаниши ва асоратлар 2 ва ундан катта ёшли беморларда кузатилганлиғи, касалликни эрта аниқлаш ва эрта даво муолажалари тўғри танлаш даво самарадорлигини ортириши ҳамда иқтисодий самарадорликка олиб келади.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ КАНЦЕРПЕРВЕНЦИИ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ НЕКАРДИАЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования – провести ретроспективный анализ статистических показателей и выявить причины поздней диагностики некардиального рака желудка (РЖ) у населения Бухарской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни в республиканском специализированном научно-практическом центре онкологии и радиологии за период с 2015 по 2019 (до 1-июля) года в Бухарской области (БО).

Результаты. За 2015–2019 гг. показатели общей заболеваемости злокачественными новообразованиями по БО имеют четко наблюдаемую тенденцию к росту. В структуре онкологической заболеваемости РЖ занимает у мужчин второе место после рака легкого, у женщин – третье место после новообразований кожи и молочной железы. Заболеваемость РЖ в БО в 2015 г. составила 39,2, в 2016 г. – 38,9, в 2017 г. – 39,5, в 2018 г. – 38,6, в 2019 г. – 36,1. Количество больных с впервые установленным диагнозом РЖ в 2019 г. составило 108 человек, что больше на 13 % по сравнению с 2015 г. (94 человек). При профилактических медицинских осмотрах выявляемость злокачественных новообразований желудка в БО весьма низкая, в 2015–2019 гг. она составила 0,3 %, а в 2019 г. выросла до 3 %, что может быть обусловлено началом широкомасштабного применения эзофагогастродуоденоскопии с биопсией и рентгенографии пищевода, желудка, кишечника при обследовании лиц из групп риска. За исследуемый период отмечен значительный рост морфологической верификации у лиц с впервые в жизни установленным диагнозом РЖ. Так, морфологическое подтверждение в 2015 г. получено в 59,2 % случаев, в 2016 г. – в 64,3%, в 2017 г. – в 84,5 %, в 2018 г. – в 86,4 %, в 2019 г. – в 92,4 % случаев. Наблюдается тенденция к увеличению выявления РЖ на ранних стадиях. В 2015 г. количество больных с I–II стадией рака желудка составило 14,6 %, в 2016 г. – 13,5 %, в 2017 г. – 19,4 %, в 2018 г. – 17%, в 2019 г. – 20 % от общего числа больных с впервые установленным диагнозом. В то же время в текущем году по сравнению с 2015 г. отмечается увеличение на 12 % количества больных с III стадией рака желудка, а количество впервые выявленных больных с IV стадией РЖ почти не изменяется, составляя в среднем 38,6 %. Во втором этапе проведено выявление возможных причин рака желудка у населения БО. Возможные причины некардиального РЖ обусловлены увеличением злоупотребления мужчин алкоголем, табакокурением и, соответственно, ростом заболеваемости гастритом ассоциированным *H. pylori*, являющихся предраковыми заболеваниями. Также доказана зависимость частоты возникновения РЖ от недостатка употребления аскорбиновой кислоты, избыточного употребления поваренной соли, маринованных, пережаренных, копченых продуктов, острой пищи, животного масла. Кроме того, в возникновении РЖ важную роль играла наследственность. Установлено, что у пациентов с атрофическим гастритом, который сопровождается снижением секреции соляной кислоты и изменением микрофлоры желудка, риск развития рака желудка в 6–8 раз выше, чем у пациентов без атрофического гастрита.

Выводы. У жителей БО за период с 2015–2019 гг. было отмечено некоторое увеличение заболеваемости раком желудка на фоне роста общей онкологической заболеваемости. Среди возможных причин некардиального РЖ является увеличение злоупотребления алкоголя, табакокурения, рост заболеваемости гастрита ассоциированным *H. pylori*, являющихся предраковыми заболеваниями.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Касимов К.К., Усмонова Н.А., Рахимов С.К

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В ЛОР практике чаще стали отмечать больных наружными отитами, различные методы лечения которых, как оториноларингологами так и дерматологами оказались безрезультатными.

Цель исследования. Определения эффективных методов диагностики и лечения больных с хроническим гнойным средним отитом грибковой этиологии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных хроническим гнойным средним отитом грибковой этиологии. Возраст больных от 5 до 56 лет, мужчин- 26, женщин-19. При осмотре у всех больных наряду с средним отитом отмечались кожные воспаления как ушной раковины, так и наружного слухового прохода. При этом наблюдались инфильтрация стенок в виде валикообразной утолщенности и гиперемия в костном отделе. Выдны мелкие грануляции, которые очень легко отторгаются, образуя несколько перфораций в барабанной перепонке. Окраска отделяемого зависила от вида гриба, так грибы *Aspergillus niger* имеют интенсивную черно-коричневую окраску. Наличие желтовато-белых корочек характерно для плесневых микозов. Для диагностики был разработан экспресс-метод диагностики. Из уха брали отделяемое и под микроскопом были обнаружены обильно переплетенные нити мицелия, нередко обнаруживалось множество групп одно или двуконтурных спор, расположенных как вблизи мицелия, так и свободно лежащие головки. Наибольшим фунгицидным действием по отношению к грибам обладают нистатин, нитрофунгин, хиназол, фунгифен.

Выводы. Полученные данные указывают о важности целенаправленного микологического обследования больных наружным отитом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ РИНОСИНУСИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Касимов Х.К., Касимов К., Норбоев З.К., Мадаминова Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Инфекция и аллергия - этиологические факторы острых риносинуситов детей. Актуальность проблемы заключается не только в распространенности синуситов, но и недостаточности сведений по некоторым вопросам клиники и диагностики данной патологии в различных регионах.

Цель исследования. Изучить сравнительные клинические особенности течения острых аллергических и бактериальной природы риносинуситов в детском возрасте.

Материал и методы исследования. Были изучены клинические особенности острых синуситов у 66 детей (основная группа) острым аллергическим риносинуситом (ОАРС) и 30 детей (контрольная группа) с острым бактериальным синуситом (ОБС).

Жалобы на затруднение носового дыхания среди детей с ОАРС наблюдались у 64 (96,7%) и с ОБС у 24 (80,0%). Нормальное носовое дыхание отмечено у 2 (3,3%) детей с ОАРС, что в 6 раз меньше, чем у детей с ОБС - 6 (20,0%) $P < 0,02$. Приступ чихания мы наблюдали у 56 (84,1%) детей с ОАРС и у детей с ОБС 4 (13,3%).

Наличие зуда в носу, распространяющийся в носоглотку, в горло и глаза, усиливающийся в ночное время суток, мы наблюдали у 49 (71,1%) больных с ОАРС. Аналогичный симптом среди детей с ОБС было у 2 (6,6%) больных.

Нарушения обонятельной функции отмечено у 63 (95,5%) детей с ОАРС и у 19 (63,3%) с ОБС. Нормальное обоняние отмечено у 36,6% с ОБС почти в 5 раз чаще, чем у детей с ОАРС 7,5%.

Слизистая оболочка полости носа и носовые раковины отечные, бледные, цианотичные, что мы наблюдали у 52 (78,7%) больных ОАРС, среди детей с ОБС данная риноскопическая картина наблюдалась у 6 (20,6%) детей с ОБС.

Выводы. 1. Клинические течения риносинуситов в детском возрасте разнообразны, и выраженность проявлений зависит от формы воспалений.

2. Своевременное выявление ОАРС способствует своевременному назначению терапии этого заболевания.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ОСТРОГО СИНУСИТА ПРОТЕКАЮЩИЕ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА (экспериментальное исследования)

*Касимов Х.К., Касимов К., Норбоев З.К., Мадаминова Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Клинические методы исследования не всегда могут полностью раскрыть сущность воспалительного процесса, по этому изучение морфологических изменений слизистой оболочки при остром синусите на фоне АР является несомненно актуальным.

Цель работы: Экспериментально изучить состояние слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух у морских свинок.

Материал и методы исследования. Для опыта брали 30 морских свинок мужского пола, масса приделах от 200 до 250 г. Животные были разделены на 2 равных группы (по 10 морских свинок). Первая группа (10) для изучения характер воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух при остром синусите, протекающие на фоне аллергического ринита. Вторая контрольная группа (10), без явления воспаления в носу и околоносовых пазух.

Экспериментально моделировали явления АР путем закапывание в левую половину полости носа 0,1 мл. 0,2% раствор динитрохлорбензола (ДНБХ) один раз в день в течение 7 дней. Одновременно после удаления шерсти на спине в размере 2х2 см. один раз в день, при помощи глазной пипетки наносили 3 капли препарата с (0,1 мл. 0,2% раствор ДНБХ в ацетоне) последующим нежно смазыванием стеклянной палочкой, также в течение 7 дней. Общие патоморфологические изменения проявились, в виде развития дисциркуляторных, дистрофических, дезорганизационных, деструктивных, воспалительных процессов, а характерными изменениями явились появление фонового воспалительного инфильтрата. Изменения для аллергического ринита начинались с поражением стенок сосудов, прежде всего микроциркуляторного русла, затем других крупных сосудов в виде повышения проницаемости стенки за счет альтеративных повреждений их и миграции воспалительных клеток через стенку сосудов в окружающие ткани. Нами экспериментально доказано о существенное влияние аллергического ринита в формирование и течение острого синусита.

Выводы: Воспалительные инфильтраты и дисциркуляторные явления привели к развитию вторичных изменений в виде белковой дистрофии в цитоплазме покровного эпителия и мукоидного, фибриноидного набухания, фибриноидного некроза во всех волокнистых структурах соединительной ткани собственной пластинки и подслизистого слоя.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

*Касимова Ш.А., Касимов К.К., Норбоев З.К., Мадаминова Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы: Несмотря на принятые профилактические меры, в последнее время почти в 1,5 раза возросло число женщин с патологическим течением беременности. Одной из причин данного явления это наличие гнойно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (ВДП).

Цель исследования: Разработать тактику ведения и выработать рациональные методы лечения беременных с

хроническим риносинуситом (ХР).

Материал и методы исследования: В работе представлены данные исследования и лечения 46 беременных женщин (из них - 31 основная и 17-контрольная группа) с хроническими гнойными заболеваниями околоносовых пазух.

Для орошения полости носа у беременных основной группы мы применяли солевой раствор “Дельфин”.

Для интраназального спрея (ИКС) мы применяли Форинекс. Терапевтическая доза составляет 1 впрыскивание (50 мкг) в каждую ноздрию один раз в сутки в течении 4-6 дней. С целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли комбинированный антибактериальный топический назальный спрей Изофра. Спрей назначался по 1 впрыскиванию в каждую ноздрию 4 - 6 раз в сутки. Средняя продолжительность курса терапии составила 6-7 дней. Женщины в контрольной группе (17 беременных) получали традиционную терапию: промывание полости носа растворами Дельфин по методу Проетца 1 раз в день в течение 6-8 дней; из антибиотиков назначались таблетки ампициллина по 250 мг. 4 раза в сутки, после еды, в течении 6-8 дней. В качестве сосудосуживающего препарата применялся спрей кселемина 1 доза 2 раза в день. После лечения в основной группе клиническое выздоровления достигнута у 93,5% женщин а в контрольной группе у 70,0%.

Выводы: Ступенчатый метод лечения ХР с применением орошением полости носа растворами Дельфина, интраназального кортикостероида Форинекса и топического назального спрея Изофра является самым эффективным безопасным методом терапии .

MAKTAB O'QUVCHILARIDA KOMPYUTER VIZUAL SINDROMINI KOMPLEKS DAVOLASH

*Kaharova D.M., Mamadiyeva M.S., Kaharova D.Q.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Mavzuning dolzarbligi. So'nggi yillarda kompyuterlashtirish yangi muammolarni keltirib chiqarmoqda. Ulardan biri - kompyuterning vizual sindromi (GLC).

Tadqiqot maqsadi. Tadqiqotimizning maqsadi o'spirin bolalarda KTB ning turli ko'rinishlarini o'rganish va profilaktika hamda davolash protokolini ishlab chiqish edi.

Tadqiqot materiallari va usullari. Bizning dinamik nazoratimiz ostida 12 dan 14 yoshgacha bo'lgan 60 nafar bemor monitor ekranlari ortida 4 soatdan ko'proq vaqt sarflashdi. Barcha bemorlar vizometriya, skioskopiya, biomikroskopiya, oftalmoskopiya, avtorefraktometriya kabi standart oftalmologik tekshiruvdan o'tdi. Rezervga olingan bemorlarning shikoyatlari, yirtiq plyonkalarining barqarorligi.

Tadqiqot natijalari. Yuqoridagi tadqiqot natijalarini tahlil qilgandan so'ng, bolalarning 2/3 (39 kishi) kechqurun ko'rish charchoqlari, ko'zlardagi og'riq va quruqlik, qizarishi mavjudligidan shikoyat qilganini aniqladik. Ko'z yoshi plyonkasining beqarorligi belgilari 11 bemorda kuzatilgan, ularning 46 nafarida miyopi yoki joylashish spazmlari bo'lgan. Biz GLC profilaktikasi bo'yicha protokolni ishlab chiqdik:

1. Sinishi xatolarini aniqlash va yetarli darajada tuzatish.
2. Vizual yukning oqilona rejimiga rioya qilish.
3. Diskomodativ mushaklarni dorilar bilan stimulyatsiya qilish.
4. Ko'z yoshi bilan davolash.
5. Vitamin terapiyasi va antioksidant terapiya.

Xulosalar. Shunday qilib, GLC bilan davolash, albatta, keng qamrovli bo'lishi va yuqorida ko'rsatilgan barcha tadbirlarni o'z ichiga olishi kerak.

YUMSHOQ KONTAKT LINZA KIYGANDA SHOX PARDA YIRINGLI YARASINI DAVOLASH TAJRIBASI

*Kaharova D.M., Mamadiyeva M.S., Kaharova D.Q.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Mavzuning dolzarbligi. Yiringli shox pardaning yarasi - ko'zning jiddiy kasalligi, bu doimiy ko'rish qobiliyatining pasayishi va o'ta og'ir holatlarda organ sifatida ko'zning yo'qolishi bilan namoyon bo'ladi. Yumshoq kontakt linzalari kiyish fonida u ko'proq tajovuzkor ravishda davom etadi.

Tadqiqot maqsadi. Yumshoq kontakt linzalari kiyish fonida shox pardaning yiringli yarasi davolash natijalarini tahlil qilish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Kuzatuvda 11 bemor (11 ko'z)ga yumshoq kontakt linza fonida yiringli shox pardaning yarasi tashxisi qo'yilgan. Bemorlar antibakterial davolanish fonida o'rta hisobda kasallik boshlanganidan 7-kuni (20-kunda 3 ta holatda) qabul qilindi. Visometriya, biomikroskopiya, oftalmoskopiya va shox pardaning bakteriologik tekshiruvi o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Biz ikki nafar bemorda barqaror remissiyaga erishdik (ular oqsoqlangan, tobradeksli, phloximed). 9 kishida kuchli konservativ davo fonida kasallik qisqa muddatli remissiya bilan doimiy ravishda takrorlanib turadigan kursga ega edi. Keyinchalik alevlenmeler yanada og'irlashdi, ko'p asoratlar bilan: shox pardaning teshilishi, ikkilamchi gipertenziya, murakkab katarakt; 2 nafar bemorda - linzalarning lizisi va ko'zning membranalari prolapsasi bilan. Konservativ davoning samarasizligi sababli to'qqiz nafar bemorga keratoplastika operatsiyasi buyurildi. 2 bemorda katarakti ekstraksiya qilish qo'shimcha ravishda amalga oshirildi. Uzoq muddatli davrda 7 bemorda ko'rish qobiliyati 0,3-0,4 ga yetdi. 2 nafarida ko'zni ochish operatsiyasi o'tkazildi.

Xulosa: Davomiy ravishda takrorlanadigan kurs va keyingi og'ir asoratlar yumshoq kontaktli linzalarni kiyganda shox pardaning yiringli yarasi bo'lgan bemorlarni davolash uchun maxsus taktikalarni ishlab chiqishni talab qiladi. Aksariyat bemorlarga keratoplastika operatsiyasi buyurilgan.

СПОСОБ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Киличев М.Р., Саидходжаева Ж.Г., Умматалиев Д.А., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Опухоли органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), осложненные механической желтухой (МЖ), остаются одним из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии. Механическая желтуха зачастую является первым проявлением различных заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка. МЖ значительно утяжеляет состояние пациентов развитием печеночной и почечной недостаточности, кровотечений, гнойных процессов в желчных протоках и печени, гипоккоагуляции, часто приводит к полиорганной недостаточности (ПОН), а также ряду других осложнений. Известно, что любая хирургическая операция, выполненная на таком неблагоприятном фоне, то есть на высоте МЖ, сопровождается повышенной частотой осложнений и летальностью. В последние десятилетия в лечебно-диагностических алгоритмах, используемых при синдроме МЖ, активно применяются миниинвазивные технологии. Ведущие клиники, активно занимающиеся этой сложной патологией, как в мире, так и за рубежом, располагают опытом сотен, а то и тысяч подобных наблюдений, позволяющих осуществлять корректный сравнительный анализ используемых технологий в полном соответствии с современными требованиями доказательной медицины.

Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии является сложной и нерешенной проблемой современной онкологии. Среди причин развития механической желтухи 15-30% составляют неопухолевые заболевания, 30-70% составляют онкологические заболевания.

Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков как инвазивная процедура может сопровождаться рядом тяжелых осложнений, таких как внутрибрюшное кровотечение, желчеистечение, желчный перитонит, гемобилия и др. По многочисленным литературным данным осложнения чрескожного эндобилиарного дренирования встречаются в 5,4—74%. Одним из наиболее серьезных осложнений является дислокация дренажа, которое встречается в 6,4—37% случаев.

Цель исследования. Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных механической желтухой опухолевой этиологии путем оптимизации тактики хирургического лечения с использованием нового способа чрескожного чреспеченочного эндобилиарного дренирования.

Материалы и методы исследования: В работе проанализированы результаты лечения 62-х пациентов, перенесших чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства по поводу механической желтухи опухолевого происхождения, на основе клинического материала в клинике АГМИ за период с 2015 по 2018 год. Эти больные были разделены на две группы, в зависимости от применяемых методик чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей.

Результаты исследования. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства были выполнены в сроки от 1 до 4 суток после поступления больного в стационар. Всем пациентам проводилась интенсивная подготовка к эндобилиарным вмешательствам, выполнялась коррекция водно-солевого баланса, кислотно-щелочного состояния, гемодинамики под контролем показателей внутренней среды организма, с учетом сопутствующих заболеваний.

Для оценки печеночной недостаточности пациенты механической желтухой опухолевой этиологии основной и контрольной групп (n=62), которым были выполнены чрескожные чреспеченочные желчеотводящие вмешательства, были разделены на 3 группы в зависимости от выраженности синдрома механической желтухи и тяжести функциональных нарушений печени.

Первую группу составили пациенты в компенсированной стадии печеночной недостаточности, вторую пациенты в субкомпенсированной стадии печеночной недостаточности и третья группа - больные с декомпенсированной печеночной недостаточностью.

Пациенты с компенсированной печеночной недостаточностью - длительность желтухи менее 3 недель, уровень билирубина сыворотки крови до 250 мкмоль/л, основные печеночные функции незначительно изменены - белковые фракции, остаточный азот, мочевины крови имеют нормальные величины, функция почек сохранена, признаков желчной интоксикации нет, нарушений нервной системы нет. Пациенты в этой стадии печеночной недостаточности благоприятно переносили чрескожные желчеотводящие операции, быстро отмечали клиническое улучшение состояния. Восстановление всех биохимических показателей крови происходило в течение 20 суток с момента дренирования.

Пациенты с субкомпенсированной печеночной недостаточностью - длительность желтухи от 3 до 8 недель, уровень билирубина сыворотки крови от 250 до 400 мкмоль/л, гипопротейнемия, изменение липидного обмена, повышены показатели активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы.

Отмечалось ухудшение клинического состояния пациентов и биохимических показателей крови в течение первой недели после дренирования, что, по-видимому, связано с усилением печеночной недостаточности в связи с фактором декомпрессии гепатоцитов. Пациенты в этой стадии печеночной недостаточности относительно благоприятно переносили чрескожные желчеотводящие операции, однако клиническое улучшение состояния происходило медленнее. Восстановление всех биохимических показателей крови происходило в течение 40 суток с момента дренирования.

Пациенты с декомпенсированной печеночной недостаточностью. Длительность желтухи более 8 недель, резкая интоксикация, симптомы гепатоце-ребральной недостаточности - эйфория, спутанность сознания, рвота, «печеночный запах» изо рта, уменьшение суточного диуреза, уровень общего билирубина снижается из-за нарушения его образования (но повышается его связанная фракция), активность аминотрансфераз была значительно повышена, выраженная диспротеинемия, электролитные расстройства, кровотечения. Значительные изменения щелочной фосфатазы. Наиболее тяжелая группа пациентов, потребовавшая незамедлительных действий направленных на коррекцию внутренней среды, декомпрессию билиарного тракта. Тяжесть состояния была обусловлена не только механической желтухой и печеночной недостаточностью, но и степенью распространенности основного заболевания, а также сопутствующей патологией. Динамика содержания билирубина в сыворотке крови пациентов с печеночной недостаточностью в стадии декомпенсации после выполнения чрескожного чреспеченочного дренирования билиарного тракта неблагоприятна и цифры билирубина

не достигали нормальных значений раньше 80 суток с момента декомпрессии. Отмечалось выраженное нарушение функций печени в первые 7-14 суток после дренирования.

Выводы. Разработанный новый способ чрескожного холангиодренирования с применением фиксирующего устройства, позволяет эффективно выполнить декомпрессию желчных путей и предотвратить развитие осложнений, связанных со смещением и дислокацией транспеченочных дренажей по сравнению со стандартными методиками дренирования;

Применение в основной группе пациентов метода катетеризации желчных протоков с фиксацией дистального конца дренажа позволило полностью избежать осложнений, связанных с дислокацией (желчного перитонита, желчеистечения, желчных затеков, кровотечения в брюшную полость) от 53,3% в контрольной группе до их полного отсутствия (0%) в основной группе, и не потребовало экстренных операций для купирования осложнений чрескожных вмешательств ($p < 0,05$)

Предложенный алгоритм ведения пациентов в случае возникновения подозрений на дислокацию транспеченочного дренажа облегчает выбор тактики ведения больных после чрескожных эндобилиарных вмешательств в случае смещения холангиостомического дренажа.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Киличев М.Р., Салахитдинов К.З., Пакирдинов А.С., Курбанов Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. За три последних десятилетия тактические подходы к лечению пациентов с опухолевыми заболеваниями органов БПДЗ, осложненных механической желтухой (МЖ), существенно изменились. Во многом эти изменения связаны с появлением высокоточных, информативных методов исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография, эндоскопическая ультрасонография). Однако главные изменения связаны с возникновением и развитием миниинвазивных технологий - эндоскопических и чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, в том числе, билиарного эндопротезирования, которые позволили существенно сократить долю хирургических паллиативных операций, сопровождающихся существенно большим уровнем послеоперационных осложнений и летальности.

Оперативное лечение при неразрешившейся механической желтухе доброкачественного и злокачественного происхождения сопровождается высокой послеоперационной летальностью, которая, по литературным данным, колеблется от 10 до 68%.

Основной причиной смерти больных является печеночная недостаточность, которая отмечается у 37,5% умерших с доброкачественными заболеваниями и у 75,8% умерших со злокачественными опухолями.

Нарастающая гепатаргия с одной стороны определяет показания к экстренному оперативному вмешательству, а с другой диктует необходимость проведения предоперационной консервативной терапии с целью профилактики развития тяжелых послеоперационных осложнений.

Хирургический метод на сегодняшний день является единственным, дающим шанс на излечение больных с опухолевым поражением билиарного тракта. Однако, 70-90% больных с опухолевыми обструкциями желчных путей оказываются иноперабельными во время лапаротомии, а в 17,7-37,2% случаев из-за тяжести состояния больные вообще не подлежат никакому лечению, кроме симптоматического. Паллиативные операции, направленные на устранение препятствия оттоку желчи, сопровождаются высокой послеоперационной летальностью и низкой продолжительностью жизни, составляющей 4,5-12 месяцев.

Цель работы. Целью настоящей работы является повышение эффективности лечения больных с механической желтухой злокачественного и доброкачественного происхождения с помощью применения малотравматичных чрескожных эндобилиарных вмешательств.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического материала основан на результатах лечения 440 больных с механической желтухой доброкачественного и злокачественного происхождения и резидуальными конкрементами желчных путей. Из них 353 больных составили исследуемую группу и 87 - контрольную.

В контрольную группу включены 50 больных с механической желтухой доброкачественного генеза и 37 больных с механической желтухой злокачественного происхождения, леченных "традиционными методами", то есть хирургически, без использования в предоперационном периоде малоинвазивных инструментальных методов декомпрессии желчных путей.

Результаты исследования. Из 192 больных с механической желтухой опухолевого происхождения, которым произведена чрескожная чреспеченочная декомпрессия билиарного тракта, у 45 (2,4%) больных удалось только наружное дренирование и у 147 (76,6%) выполнено более физиологичное наружно-внутреннее дренирование.

Наиболее сложны для чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей первичные и метастатические опухоли в области слияния левого и правого желчных протоков в связи с возникающей необходимостью раздельной катетеризации желчевыводящей системы правой и левой долей печени, что произведено у 13 из 47 больных.

При распределении 192 больных по степени тяжести механической желтухи оказалось, что умеренно выраженная желтуха была всего у 11 (5,7%) человек, исходный средний уровень билирубина сыворотки крови у них составил $79,84 \pm 12,67$ мкмоль/л, у 52 (27,1%) пациентов отмечена желтуха средней степени тяжести с исходным средним уровнем билирубина $146,57 \pm 7,86$ мкмоль/л и у подавляющего числа больных (129 - 67,2%) наблюдалась тяжелая степень механической желтухи со средним уровнем билирубина сыворотки крови до дренирования $343,5 \pm 19,56$ мкмоль/л.

После этапа чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей оперативное лечение выполнено у 15 пациентов (7,8%). Из них у 7 с наружным дренажем желчных протоков и у 8 - с наружно-внутренним. Хирургическое лечение предпринималось наиболее сохранным больным с эффективным ЧЧДЖП с отсутствием признаков нерезектабельности. Однако психологически отказать молодому сохранному больному в операции очень сложно даже несмотря на наличие признаков неоперабельности, что имело место в одном случае, где операция закончилась эксплоративной лапаротомией при функционирующем наружно-внутреннем чрескожном чреспеченочном дренаже.

Оперативное лечение осуществлялось в связи с нефизиологичностью наружного дренирования при относительно удовлетворительном состоянии больных.

Радикальные операции выполнены у 3 больных, паллиативные - у 9 и эксплоративные лапаротомии - у 3. После операции умер 1 больной (6,7%) с раком поджелудочной железы IV стадии.

Отдаленные результаты прослежены у 14 оперированных больных. Средняя продолжительность жизни после радикальных операций составила 16,7 месяца, после паллиативных - 8,2 месяца и после лапаротомий - 2,2 месяца.

Таким образом, чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства являются малотравматичными эффективными методами лечения больных с механической желтухой различного генеза, сопровождающимися незначительным процентом тяжелых осложнений и летальности.

Выводы. У больных с выраженной механической желтухой и высоким операционным риском, которым планируется проведение инструментальной декомпрессии желчных путей, чрескожный чреспеченочный доступ позволяет совместить диагностический и лечебный этапы и у этой категории больных должен быть методом выбора. Чрескожное чреспеченочное дренирование и эндопротезирование желчных путей являются эффективными методами лечения больных с механической желтухой различного происхождения, сопровождающиеся низким процентом тяжелых осложнений (2,15%) и низкой летальностью (1,9%),

У больных преклонного возраста с холедохолитиазом чрескожное чреспеченочное низведение конкрементов из желчных протоков в 12-перстную кишку позволяет обойтись без оперативного лечения, а в случаях его сочетания с капсулезным холециститом дает возможность в дальнейшем выполнить холецистэктомию лапароскопическим доступом или не предпринимать холедохотомию. При рубцовых стриктурах желчных протоков и билиодигестивных анастомозов до оперативного лечения должны быть предприняты попытки чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (баллонной дилатации сужений с последующим каркасным дренированием) с целью ликвидации стриктур.

Лечение больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом и холангиогенными абсцессами печени путем применения дозированной декомпрессии и пролонгированной лекарственной перфузии желчных протоков в сочетании с внутриорганный и лимфотропной антибактериальной терапией и методами детоксикации и иммунокоррекции, способствует улучшению результатов лечения и снижению послеоперационной летальности.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕГРАДНЫХ ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ОПУХОЛЯХ ОРГАНА ГПДЗ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Киличев М.Р., Суянов Д.М., Салахитдинов К.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Лечение механической желтухи (МЖ) обусловлена рядом факторов. Во всем мире отмечается прогрессивный рост числа пациентов с доброкачественной и злокачественной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, что неизбежно приводит к увеличению заболеваемости МЖ. Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией, на фоне которой МЖ быстро приводит к явлениям декомпенсации, повышает риск оперативного лечения и прямо влияет на его результаты. Относительно высокая летальность, связана, несмотря на определенные достижения в лечении МЖ, в том числе с неправильным определением лечебной тактики, выбором объема вмешательства и т.д.

Злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны встречаются с частотой 9-10 на 100 000 населения, составляют до 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к росту заболеваемости.

В 75-95% случаев они сопровождаются развитием синдрома механической желтухи, что часто является не только первым клиническим симптомом болезни, но и свидетельствует о запущенности и распространенности процесса.

Применение ЧЧХС у пациентов с неоперабельными опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны имеет множество нерешенных проблем: одни авторы рекомендуют выполнять ЧЧХС под первичным ультразвуковым наведением другие - только под контролем рентгеноскопии. Одни выполняют только наружное дренирование, другие считают важным первичную реканализацию и установку наружно-внутреннего дренажа. Ряд авторов считают обязательным использование дренажей с внутренним механизмом фиксации, другие полагают, что чем выше уровень обтурации - тем меньше возможностей разместить в протоках фиксирующую конструкцию. Существуют разногласия в том, какой диаметр дренажа предпочтительней. Одни авторы считают причиной высокой летальности недозированную декомпрессию в раннем послеоперационном периоде, другие - развитие послеоперационных осложнений.

Цель работы. Улучшение результатов чрескожных чреспеченочных вмешательств у больных механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 106 человек с опухолевыми заболеваниями ГПДЗ, осложненными механической желтухой, которым ЧЧХС была выполнена с 2014г. по 2018г. в клиниках хирургии АГМИ.

Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 40 больных, чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков которым выполняли под рентгеноскопическим контролем. Вторую группу составили 66 пациентов, прооперированных с использованием комбинации ультразвукового наведения при первичной пункции и рентгеноскопического контроля при выполнении последующих этапов.

Возраст больных составлял от 41 до 88 лет. Средний возраст пациентов составил $64,2 \pm 1,1$ (соответственно $62,3 \pm 1,5$ в первой и $66,8 \pm 1,4$ во второй группах, $p > 0,05$). Существенных различий в возрастной структуре в обеих группах мы не обнаружили.

Результаты исследования. Всем 106 пациентам была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

У 40 больных первой группы ЧЧХС выполняли под рентгеноскопическим контролем на всех этапах оперирования.

66 пациентам второй группы ЧЧХС была выполнена с применением комбинированной методики, заключающейся в использовании ультразвукового наведения для первичной пункции желчного протока и рентгеноскопического контроля при установке дренажа.

ЧЧХС под чисто рентгеноскопическим контролем выполняли по следующей методике: из стандартных точек выполнялась «слепая» пункция печеночных протоков иглой СНІВА диаметром 0,8 мм (22 G). Путем обратного движения иглы с постоянной подачей контрастного вещества добивались контрастирования печеночных протоков. При отсутствии попадания в желчные протоки пункцию повторяли в другом направлении. При необходимости эту процедуру выполняли несколько раз. После появления желчи добивались тугого заполнения протоковой системы.

В дальнейшем первую иглу удаляли. Под рентгеноскопическим наблюдением выполняли прицельную пункцию достаточно эктазированной печеночного протока иглой диаметром 1,2 мм (18 G).

По ее просвету проводили жесткий проводник «Amplatz» диаметром 0,035 in и по нему в просвет протока устанавливали дренаж диаметром 6F типа «Pig Tail». Адекватность стояния дренажа оценивали по поступлению желчи и в ряде случаев повторным контрастированием через дренаж.

После установки дренажа в обеих группах была выявлена отчетливая тенденция снижения уровня билирубина в крови. В течение первых суток после операции этот показатель снизился в 1,3 раза с 259,3±14,4 мкмоль/л до 206,5±10,9 мкмоль/л ($p<0,01$). В последующем отмечено дальнейшее снижение уровня билирубина: к 5 суткам - в 1,4 раза (143,8±5,5 мкмоль/л, $p<0,001$), а к 10 суткам - в 1,5 раза (95,4±5,5 мкмоль/л, $p<0,001$).

К 5 суткам уровень билирубинемии у больных второй группы стал в 1,3 раза меньше чем в первой (171,1±14,7 и 127,8±10 мкмоль/л) ($p<0,05$), а к 10 суткам разница в уровне билирубина составила 1,8 (155,9±4,8 и 83,9±6,9 мкмоль/л) ($p<0,001$).

Мы склонны это связывать с тем, что тонкие дренажи хуже выполняют свою функцию при наличии в желчи сгустков, сладжей, пленок фибрина и т.п.

Для понимания различий в эффективности функционирования различных дренажей следует учитывать, что основное значение имеет не диаметр дренажа, а площадь сечения внутреннего его просвета.

Общие осложнения послеоперационного периода встретились у 10 (9,4%) пациентов. Из числа выявленных общих осложнений 7 (6,6%) были связаны с общим течением основного заболевания: в первой группе - 1, во второй - 6. Осложнения, не связанные с основным заболеванием и ЧЧХС были выявлены у 3 (2,8%) больных и примерно с одинаковой частотой у пациентов обеих групп. Абдоминальные осложнения были выявлены у 44 (41,5%) пациентов общей группы.

Отчетливый положительный результат в виде снижения уровня механической желтухи и купирования явлений печеночно-клеточной недостаточности и обтурационного холангита был достигнут у 76 (71,7%) больных. 22 (20,7%) пациентам было выполнено эндопротезирование холедоха в течение данной госпитализации.

У больных второй группы положительный результат был отмечен в 1,2 раза чаще, чем в первой (50 (75,8%) и 26 (65%) соответственно), ($p<0,05$).

У 30 (28,3%) больных несмотря на наличие функционирующего дренажа и проведение адекватной терапии положительной динамики отмечено не было. Из них 10 (9,4%) пациентов были выписаны на симптоматическую терапию по месту жительства. Летальный исход был зафиксирован у 20 (18,9%) больных.

В первой группе лечение было неэффективным у 14 (35%) пациентов, из них 7 (17,5%) больных были выписаны с ухудшением на симптоматическое лечение и еще 7 (17,5%) погибли.

Во второй группе результат лечения не был достигнут у 20 (30,3%) пациентов. С отрицательной динамикой выписано 3 (4,5%) пациента, это были больные с прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью на фоне развития у них различных послеоперационных осложнений. Летальный исход зафиксирован в 13 (19,7%) наблюдениях.

Общая летальность в группе исследованных пациентов составила 18,9%. Данные показатели летальности согласуются с имеющимися в литературе данными.

Выводы. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия является важным компонентом современного хирургического лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза, позволяющим добиться дренирования желчных протоков, реканализации и восстановления внутреннего пассажа желчи. Первичная пункция расширенных желчных протоков следует выполнять под УЗ-наведением. Выполнение всех этапов ЧЧХС под рентгеноскопическим контролем оправдано при отсутствии условий для эффективной УЗ-визуализации: узкие желчные протоки, выраженный метеоризм кишечника и т.п.

Возникновение осложнений крайне неблагоприятно влияет на течение заболевания: требует повторных операций, сопровождается высокой летальностью, а необходимость их купирования может отложить последующее лечение на неопределенный срок. Эффективным способом профилактики абдоминальных осложнений являются: использование дренажей большого диаметра, внутренняя фиксация дренажа; первичная реканализация опухоли с проведением наружно-внутреннего дренажа или оставлением далеко заведенного в ДПК проводника.

CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ

*Киргизова Х.А., Таиштемурова И.М., Кодирова Г.И., Латипова К.Ю., Исаков А.А.
Андижон давлат тиббиѣт институти*

Кирриш: XX-XI-асрларда юрак ва кон-томир касалликларининг (ЮКТК) атеросклероз билан боғлиқ асоратлари аввалгидай ўлим сабаблари ҳамда иш қобилятини йўқотиш бўйича биринчи ўринни эгаллайди. ЖССТ маълумотиға кўра, юрак-кон-томир касалликлари ичида ўлимнинг асосий қисми юрак ишемик касаллигига (ЮИК) тўғри келади, ҳар йили 12 млн. аҳолини ҳаѣтдан олиб кетади. ЮИК касаллигининг бошланиши бир-бирига таъсир ўтказиб турадиган бир қанча гемодинамик, нейрогуморал, метаболик ва бошқа омилларға боғлиқ. Охирги йилларда ЮИК муаммоси касалланишлар сонининг кўпайиши, ўлим кўрсаткичларининг ортиши, турли ёш ва касбагиларнинг меҳнат қобилятини йўқотаѣтганлиги туфайли нафақат тиббий аҳамиятға, балки ижтимоий аҳамиятға ҳам эға бўлмокда. Chlamydia pneumoniae (ChP) - эпителий хужайраларида яшаб кўпаувчи грам-манфий хужайра ичи микроорганизми ҳисобланади. Организмға инфекция ҳаво-томчи йўли билан тушади. ChP ўпка макрофагларига кўпаяди, узок давом этган инфекция микробни кон оқими ичига

ўтишига имкон бериши мумкин. ChP ташки кобиғида липополисахарид саклайди, у антитела билан боғланиб, иммун комплекс ҳосил қилади. ЛПС ва иммун комплекс эндотелийни шикастлаши мумкин. Атеросклеротик тошмаларда ChP антителаси аниқланиши тошмани иккинчи ўринга тушишига асос бўлади. ChP кейинчалик гиперкоагуляцияга мойиллиқнинг жадаллашишини бузади.

Максади: Chlamydia pneumoniae билан индуцирланган ЮИК билан оғриган беморларда липидлар спектри ва липидларнинг пероксидланиш жараёнини аниқлаш.

Олинган натижалар: Жами 22 нафар беморлар текширувга олинди, 2 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳи (10 нафар) соғлом кишилар, II гуруҳ – chlamydia pneumoniae билан индуцирланган ЮИК бўлган беморлар (12 нафар). Беморлар ёши 29-69 ёшгача бўлиб, ёш ўсиб борган сари касаллиқнинг учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Бизнинг текширишларимиз мобайнида қуйдагича натижалар олинди. II гуруҳда УХС-6,1±0,1 ммоль/л, назорат гуруҳига нисбатан 38,2%га ошган. ТГлар миқдори II гуруҳда I-гуруҳга қараганда 14%га ортган. ЮЗЛП II гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 22%га пасайган. ПЗЛПлар 3,8±0,07 ммоль/лгача сезиларли бу I гуруҳга нисбатан 58%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,08±0,06 бирлик, бу I гуруҳга нисбатан 37,4%га юқори бўлди ($P<0,05$). Тадқиқотларимиз кўрсатишича, иммун тизим яллиғланиши ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реактирланади. Шундай қилиб, Chlamydia pneumoniae билан зарарланган ЮИК билан оғриган беморларда 67,2%га ($p<0,001$) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ-10 пасаймади, аксинча ЮИК беморларда 37,5%га назорат гуруҳига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ-10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган.

Хулоса: Шундай қилиб, Chlamydia pneumoniae билан индуцирланган ЮИК билан оғриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобда умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПнинг камайиши билан номоён бўлди. Chlamydia pneumoniae билан зарарланиш аниқланган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш муҳим. Бу текширишлар ЮИКни, унинг асоратларини олдини олиш ва даволашда аҳамиятга эга.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2 (COVID-19)

Кириллова М.С., Степанова Ю.А.

Городская клиническая больница им. В.П. Демикова,

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского

Цель исследования: улучшить диагностику легочных поражений у пациентов с подозрением на новую короновирусную инфекцию (COVID-19) путем сопоставления изменений, выявленных при УЗИ и МСКТ легких; выявить корреляцию между площадью (количеством зон) поражения легких по данным УЗИ и объемом поражения при МСКТ грудной клетки.

Материалы и методы. В период с марта по май 2020 г. в ГКБ им. В.П. Демикова были выполнены УЗИ легких более, чем у 150 пациентов с подозрением на COVID-19. В исследование включили 52 пациентов с подозрением на новую короновирусную инфекцию (COVID-19), которым была выполнена МСКТ грудной клетки в течение 24 часов до, либо после УЗИ легких.

УЗИ легких проводили по расширенному 20-зонному протоколу. Изменения оценивали по грациям, рекомендованным в Консенсусном заявлении РАСУДМ об ультразвуковом исследовании легких в условиях COVID-19 (версия 2) (DOI: 10.24835/1607-0771-2020-1-46-77).

Результаты. Для качественного анализа данных выбрали три категории сравнения:

- умеренные интерстициальные изменения без микроконсолидаций;
- выраженные интерстициальные изменения легких, в том числе с микроконсолидациями и умеренные интерстициальные изменения с микроконсолидациями;
- кортикальные и обширные консолидации.

Умеренные интерстициальные изменения без микроконсолидаций, выявленные у 20 (38,5%) пациентов, никак не проявлялись при МСКТ. Они выявлялись в зонах, прилегающих к консолидациям и к участкам «матового стекла».

Выраженные интерстициальные изменения легких, в том числе с микроконсолидациями и умеренные интерстициальные изменения с микроконсолидациями соответствовали субплевральным участкам «матового стекла» при МСКТ у 46 (88,5%). У 1 пациента из 46 данный участок соответствовал не «матовому стеклу», а субплевральному фиброзу неясной этиологии. Размеры вышеуказанных участков (измеряли одиночные фокальные участки), найденных при УЗИ, имели сопоставимые размеры при МСКТ с погрешностью 5%.

Кортикальные и обширные консолидации при УЗИ были выявлены у 13 (25,0%). Данные консолидации соответствовали аналогичным консолидациям при МСКТ у 13 (100%) из 13 пациентов. У 11 пациентов они были расценены при МСКТ как проявление пневмонии COVID-19, и как компрессионный ателектаз - у 1 пациента, инфаркт-пневмония при ТЭЛА на фоне COVID-19 - у 1 пациента.

Таким образом, у большинства пациентов, особенно с тяжелым поражением легких, одновременно выявляли несколько видов изменений в различных зонах легких.

Проведя количественный анализ, полученных при УЗИ данных, и сопоставив их с результатами МСКТ, были получены следующие данные об УЗ-характеристиках каждой КТ-степени тяжести поражения легких при COVID-19:

КТ-0: Изменения на УЗИ легких отсутствовали, как и при МСКТ, у 7 (13,5%) пациентов.

КТ-1 (0 - 25% поражения): Консолидации, выраженные интерстициальные изменения в 1-3-х зонах (либо невыраженные изменения с микроконсолидациями в 4-х зонах) - у 16 (30,7%) пациентов.

КТ-2 (25 - 50% поражения): Консолидации, выраженные интерстициальные изменения в 4-9-х зонах - у 13 (25,0%) пациентов.

КТ-3 (50 - 75% поражения): Консолидации, выраженные интерстициальные изменения в 10-14-х зонах - у 7 (13,5%) пациентов.

КТ-4 (75-100% поражения): Консолидации, выраженные интерстициальные изменения в 15-18 зонах - у 9 (17,3%) пациентов.

Выводы. Сопоставлены изменения, выявленные при УЗИ легких с результатами МСКТ легких у пациентов с подозрением на COVID-19. Выявлена корреляция между количеством зон поражения легких у пациентов с подозрением на COVID-19 по данным УЗИ и тяжестью поражения легких при МСКТ грудной клетки.

УСКОРЕННАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭЗОФАГЭКТОМИИ

Ручкин Д.В., Раевская М.Б.

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. Эзофагэктомия (ЭЭ) с одномоментной пластикой пищевода является общепринятым стандартом лечения рака и доброкачественных заболеваний пищевода. Однако ЭЭ сопряжена с высоким риском осложнений и летальности (выше 60% и 10% соответственно). Сегодня разработан ряд протоколов периоперационного обеспечения ЭЭ, в том числе ERAS общества (2018), однако единого и общепринятого до сих пор нет.

Цель исследования: оценить результаты применения протокола рационально ускоренной периоперационной реабилитации (РУПОР) больных, перенесших ЭЭ с одномоментной эзофагопластикой.

Методы. Выполнено проспективное исследование, включавшее 255 больных, которым в период 2012-18 гг. выполнили ЭЭ. Среди них было 158 (62,0%) мужчин и 97 (38,0%) женщин. Медиана возраста составила 55,5 [47; 66] лет. По поводу рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода оперированы 136 (53,3%), доброкачественных (рубцовая стриктура, ахалазия IV ст.) заболеваний – 119 (46,7%) больных. Трансхиатальную и трансторакальную (типа McKeown) ЭЭ выполнили 137 (53,7%) и 118 (46,3%) пациентам соответственно. В качестве пластического материала в 237 (92,9%) наблюдениях использована желудочная трубка, в 17 (6,7%) – толстая, в 1 (0,4%) – тонкая кишка. При оценке физического статуса доля пациентов III-IV по ASA составила 56,5% (144). Протокол РУПОР включал *до операции:* совместный осмотр больного специалистами команды, разрешение дисфагии, нутритивную поддержку, побудительную спирометрию, жидкостную и углеводную нагрузку; *во время операции:* предотвращение солевой и водной перегрузки, разумное использование вазопрессоров, протективную легочную вентиляцию, мультимодальную аналгезию, обеспечение нормотермии; *после операции:* немедленную или раннюю экстубацию, предотвращение солевой и водной перегрузки, ежедневный контроль массы тела, мультимодальную аналгезию, раннюю активизацию, стимуляцию кишечника и аудит результатов.

Результаты. Медиана пребывания после операции в отделении реанимации составила 1,23 [0,6; 0,8], в стационаре – 8,5 [7,5; 10] дней. Немедленно экстубировали 203 (79,6%) больных. Общая частота послеоперационных осложнений составила 19,2% (48 из 250) с преобладанием Па,б ст. по Clavien-Dindo. Несостоятельность пищевода соустыя развилась у 6 (2,4%) больных. Госпитальная летальность составила 2,3% (6 из 250).

Вывод. Рутинное применение разработанного протокола рационально ускоренной периоперационной реабилитации больных, основанного на ERAS-принципах, позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность после такого рискованного торакоабдоминального вмешательства, как эзофагэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОФАРМАКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Кобитов О.Р.

Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. В современной онкологии значительно расширилась роль иммунологии, которая предоставляет новые методы диагностики, мониторинга и лечения рака, а также коррекции осложнений традиционного лечения. В основе новой стратегии лечения рака заложен принцип «комплементарной онкотерапии», который подразумевает взаимоусиливающее лечебное действие существующих традиционных и иммунологических методов лечения с учетом этиопатогенетической значимости каждого метода. Иммунологические методы лечения, в таком случае, присутствуют на всех этапах проводимого противоопухолевого лечения, но на каждом этапе выполняют различные задачи.

Целью исследования явилась оценка эффективности сопроводительной иммунотерапии в комплексном лечении больных раком шейки матки в стационарных условиях.

Материал и методы. С этой целью были обследованы больные раком шейки матки (РШМ) T₂₋₃N₀₋₁M₀ стадий (II-III клинические стадии).

Результаты и обсуждения. В контрольной группе Выраженность таких побочных проявлений химиотерапии, как анемия, лейкопения, ухудшение аппетита, тошнота и аллопеция, у части больных составляла третью степень токсичности, и у 13,3% пациенток – четвертую степень по аллопеции. Третья и четвертая степень токсичности уже не встречалась.

Проведение ЭИФТ с плазмаферезом способствовало еще более выраженному снижению побочных проявлений цитостатического лечения на организм пациенток. У больных данной группы в половине случаев и более удалось купировать основные клинические проявления токсичности химиотерапии.

Вывод. Проведенные исследования показали, что наибольшей эффективностью в плане снижения побочных эффектов химиотерапии в комплексном лечении больных РШМ II-III стадий, а также в улучшении субъективного состояния больных и качества их жизни, обладает схема иммунотерапии, включающая прерывистый плазмаферез с последующей ЭИФТ, которая снижает основные клинические проявления токсичности химиотерапии, улучшает показатели субъективного состояния больных и качества их жизни.

ТИРЕОТОКСИК БЎҚОҚЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ГОРМОНЛАРНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

*Кодиров М.Ш., Жалилов М.А., Кодиров Ш.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти
Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази*

Диффуз тиреотоксик бўқоқ, қалқонсимон без хасталиклари ичида асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Қалқонсимон безни консерватив даволаш, ташрихдан олдинги даврда ташрихга тайёрлаш ва унинг асоратларининг олдини олиш чоралари ҳамон долзарблигича қолмоқда. Шу ҳолатни ҳисобга олиб, беморларни консерватив даволаш ва ташрихдан олдинги даврда анъанавий усулда даволашдан ташқари лимфотроп усулда гормонларни юбориш ва иммуномодуляторларни қўллашдан кейинги даврдаги ўзгаришларни ўрганиб чиқиш ва олинган материалларни патогистологик текширувлардан ўтказиб, ундаги ўзгаришлар анъанавий усулдаги ўзгаришлар билан солиштирилиши баён этилган.

Тиреотоксик бўқоқ билан 2015 дан 2020 йилларда 109 нафар бемор даволанди. Улардан назорат гуруҳига 30 нафар бемор олиниб, беморлар 16 ёшдан 68 ёшгача, аёллар 81 %, эркаклар 19 % ни ташкил этиб, тиреотоксик бўқоқ ўрта оғир даражаси 69%, оғир даражаси 31% ни ташкил қилади.

Ҳамма беморларда диффуз токсик бўқоқ III ва IV даражасида, ташрих олди тайёргарлиги 8 дан 15 кунгача ўтказилиб, комплекс чоралар билан бирга асосий гуруҳга маҳаллий гормонал (преднизолон) терапия ва иммуномодуляторлар (Т активин, иммуномодулин) қўшиб ўтказилди.

Беморлар даволашдан олдин ва даволашдан кейин динамикада клиник, радиометрик текширувлар олиб борилди. Функционал ҳолатини билиш мақсадида қон зардобдаги Т₃, Т₄, ТТГ гормонлар ўрганилиб борилди.

Ундан ташқари диффуз тиреотоксик бўқоқларда қалқонсимон безнинг морфофункционал ҳолатини ўрганиш мақсадида пункцион биопсия қилиниб, қалқонсимон без тўқимасининг микроскопик структураси ўрганилди, 64% анъанавий усулда даволанган беморларда нотўғри юлдузсимон шаклдаги фолекулалар ва юқори цилиндрик эпителий сўрғичларининг ўсиши, янги фолекулаларнинг пролиферацияси кузатилди. Диффуз тиреотоксик бўқоқда без морфоструктурасининг ўзгариши қалқонсимон безнинг тўлиқ ҳамма жойида аниқланди. Беморларда айтиб ўтилган ўзгаришлардан бошқа қалқонсимон без тўқималарида лимфоцитар шишлар, баъзида марказидан кузғалишга учраган ката лимфоид фолекулалар, ядроларини катталашини, юқори тиреоцитлар, цитоплазмаик строма ўзгаришлари аниқланди. Қолган 36% дагина қалқонсимон без гистоструктураси эутиреоид бўқоққа ўхшаш структурага эгаллиги аниқланди.

Асосий гуруҳдаги беморлар, анъанавий усулга қўшимча маҳаллий лимфотроп гормонал терапия ва иммуномодуляторлар олган беморларда эутиреоид бўқоққа ўхшаш гистоструктурага эга бўлганлар 70% ни ташкил этади. Бунда қалқонсимон без тўқималарида лимфоцитар шишлар, баъзида марказидан кузғалишга учраган ката лимфоид фолекулалар, ядроларининг катталашини, юқори тиреоцитлар, цитоплазмаик строма ўзгаришлари 30% гача аниқланди.

Бундан кўриниб турибдики, диффуз тиреотоксик бўқоқли беморларни консерватив даволашда ва ташрих олди тайёрлашда ҳам маҳаллий лимфотроп гормонал терапия (преднизолон) ва иммуномодуляторларнинг (Т активин, иммуномодулин) қўлланиши нафақат нохуш ҳолатларни бартараф қилади, балки диффуз токсик бўқоқларда тўқимадаги гистоморфологик ўзгаришларни яхшилаш ва фолекуляр ўзгаришларни озайтириш билан беморда эутиреоид ҳолатни таъминлайди. Шу билан бирга даражали диффуз токсик бўқоқларни эутиреоз ҳолатига келтиришда муҳим роль ўйнайди.

МЕЪДА РЕЗЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН РИВОЖЛАНУВЧИ КАМҚОНЛИКНИ ПАТОГЕНЕТИК АСОСЛАШ

*Кодиров М.Ш., Ирискулов Б.У., Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти
Тошкент тиббиёт академияси*

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касалликларини даволаш нафақат бизнинг мамлакатимизда, балки хорижда ҳам жарроҳлик йўлларида бири меъда резекцияси усули билан даволанади. Мазкур операциядан сўнг, асоратлар ичида меъда резекциясидан кейинги сурункали анемия сезиларли ўрин эгаллайди. Меъда-ичак тракти эпителий тўқималарининг одатий физиологик тузилиши хужайралар бўлинишининг бузилиши туфайли қайта тикланмайди. Шу сабабли бутун меъда-ичак тракти эпителий қисмида атрофик яллиғланиш жараёнилари ривожланади ҳамда бунда витаминлар сўрилиши яна ҳам кўпроқ бузилади.

ДНК таркибига кирувчи, тимин ҳосил бўлишида иштирок этувчи В₁₂ ва фолат кислотаси етишмовчилиги унинг ҳосил бўлиш тезлигини сусайтиради. ДНК репликацияси секинлашуви, энг аввало, хужайралар меъёрий бўлиниши нисбатан кўп амалга ошадиган қон хужайралари ва меъда-ичак тракти эпителий қисмида сезилади. Хужайралар бўлинишининг бузилиши йирик қон хужайралари: мегалоцитлар, мегалобластлар, гигант мегакариоцитлар – шаклланишига олиб келади. Мегалобластларнинг мегалоцитларгача етилиши энуклеациянинг бузилиши билан бирга кечади. Гемоглабин билан тўйинган мегалобластлар ва мегалоцитлар катта миқдорининг мавжудлиги гиперхромия билан боғланади.

ДНК ва РНК синтези бузилиши билан боғлиқ, меъда резекциясидан кейинги сурункали анемия ҳолати, ўзида ҳам ирсий, ҳам орттирилган касалликлар катта гуруҳини ифодалайди. ДНК синтези В₁₂ ва фолат кислотаси танқислиги, фолат кислотаси коферментлари ҳосил бўлиши ёки фолат кислота утилизациясида иштирок этувчи ферментлар фаоллиги бузилишида юзага келувчи айрим ирсий касалликлар натижасида бузилади. ДНК синтези сустлаши хужайра ўсиши мувозанатининг бузилишига олиб келади. РНК синтези зарарланмасдан қолади. Бунинг натижасида ядро дифференцировкаси бузилиши юз беради, цитоплазматик компонентлар, айниқса Н_б эса жуда кўп миқдорда синтезланади ҳамда бу эритроцит прекурсорлар майдонининг кенгайиши ва йирик ўлчамлардаги гиперхром эритроцитларнинг пайдо бўлишига кўмаклашади.

Шундай қилиб, кўплаб тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, меъда резекциясидан кейинги сурункали анемияда ирсий боғлиқлик бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, бундай беморларнинг генетик тизимини меъда резекциясидан кейинги сурункали анемияда ўрганишни ҳисобга олган ҳолда, биз тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларини аниқладик.

Тадқиқот клиник, экспериментал ишдан иборат. Меъдани Б-1 усулда резекциясидан кейинги 128 беморда клиник тадқиқотлар ўтказилади. Улардан 23 бемор меъдани Б-1 усулда резекциясидан кейинги камқонлик аниқланди. Шу беморларда меъда шиллик қавати эндоскоп ёрдамида визуал белгилари ва биопсия материаллари орқали ўрганилди ва даволаш алгоритми қўлланган асосий гуруҳга киритилади. Назорат гуруҳига 25 бемор меъда резекциясидан кейинги ҳолат темир етишмовчилиги анемияси йўқ, анъанавий ҳолда даволаш усулидан фойдаланилади. Экспериментал қисмида, 100 каламушда меъда яраси қакирилиб, уларнинг меъда эпителийсидаги секретор безлар функционал ҳолати ўрганилди.

Эндоскопик текширув натижаларига кўра меъдани Б-1 усулда резекциясидан кейинги меъданинг қолган чўлтоғида 81% беморда сурункали атрофик гастрит, 32,5% рефлюкс-эзофагит, 29,8% дуодено-гастроал рефлюкс, 31,7% беморларда меъда ва 12 бармоқ ичак эрозиялари аниқланди. Макроскопик шиллик қаватларида ёппасиги силлиқлашлар, шамоллаш белгилари ва меъда моторикасининг пасайиши аниқланди.

Резекциядан кейинги вақтда темир танқислиги анемияси билан даволанган 71% беморларда *Helicobacter pylori* нинг ўрта ва паст даражада тарқалиши 81,8% ни, шиллик қават атрофияси 52%ни ташкил қилиб, меъданинг фундал ва антрал қисмларида юзага келган.

Узоқ вақт давом этувчи темир танқислиги анемиясида меъданинг чўлтоғи ва 12 бармоқ ичак шиллик қаватларида гипоксия, сидеропенияга хос ўзгариш бўлиб, хужайра элементларида оксилларни сон жиҳатдан етишмовчилиги сифатида метаболлик ўзгаришлар, антрал ва фундал соҳадаги стромал тўқималарда гликоген ва РНК нинг 1,5 маротаба ортиши кузатилмоқда. Меъда шиллик қаватининг ультраструктурасида органеллар биосинтези ва эпителиоцит хужайралари секретор функциясининг пасайиши, хужайра активлиги микропианоцитозининг пасайиши кузатилди.

Меъда резекциясидан кейинги чўлтоғида метаболлик ўзгаришлар ҳисобига гастропатия юзага келади, у ҳолатга олиб келувчи сабаб сидеропеник ўзгаришлардан ҳосил бўлади. Бу меъда чўлтоғининг фундал шиллик қават атрофияси билан кечиби, бу ҳолат *Helicobacter pylori* га боғлиқ бўлмаган ҳолда, юзаки эпителийларнинг узунлиги пасайишига, шамоллаш оз бўлишига қарамадан безлар ҳажмининг камайиши, фиброз тўқимаси ҳажмининг ортиши билан кечади. Бу ҳолат меъда шиллик қаватларида оксил ва углеводлар алмашинувининг бузилишига олиб келганлиги сабабли, беморда иммун ҳолат пасайиши кузатилади.

СУРУНКАЛИ ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ АНЕМИЯСИНING МЕЪДА ШИЛЛИК ҚАВАТИГА ВА ЭКСКРЕТОР ФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИ

Кодиров Ш.Н., Эгамов Ю.С., Иминов Б.И., Кодиров М.Ш.

Андижон давлат тиббиёт институти

Андижон туман тиббиёт бирлашмаси

Сурункали темир етишмовчилиги анемияси эссенцеал микроэлементлар ҳисобидан бўлиб, кўпинча ички азоларнинг ҳар хил даражадаги шикастланиши билан кечади. Беморлардаги темир етишмовчилиги камқонлигида умумий ҳасталиклар ичида вицерал ҳасталиклар жуда катта ўринни эгаллайди. Бу кўрсаткич ҳаёт тарзига таъсир қилиб, беморларда социал мослашишни пасайтиради, ақлий ва жисмоний риволанишни секинлаштиради. Бу ҳолат инсонларни айни ишга яроқлик даврларида бўлгани, кўпроқ аёлларда 92% ни ташкил этиб, аёлларнинг айнан туғруқ ёшларига тўғри келади. Кўпгина адабиётларда келтирилишича, темир танқислиги камқонлиги ички аззоларга ҳар хил таъсир қилиб, кўпроқ юрак, жигар, мия фаолияти, иммун система ва б.к. системалар иш фаолиятига салбий таъсир қилади. Бу мураккаб тизим чуқурроқ эътибор бериб темир танқислиги камқонлиги вицерал аззоларга таъсирининг функционал ва морфологик жиҳатларини ўрганишни талаб этади. Ҳозиргача анъанавий усулларда темир танқислиги камқонлиги вицерал генезида гемик тўқима гипоксияси липидларда оксидланишнинг ортиши билан кечишида, эритроцитлар ва ферментлар активлигига салбий таъсири ўрганиб келинган.

Бу ҳолатда меъданинг шиллик қаватини ўрганишга катта эътибор беришни мақсад қилиб олдик, сабаби меъда эпителийси тез пролиферацияга учрайдиган хужайра бўлиб, унга доимий пластик ёрдам кўрсатиб туриш керак. Чунки темир алмашинув метаболизми ва темир танқислигидан ҳосил бўладиган организмдаги ўзгаришлар шунга боғлиқ бўлади.

Сурункали темир етишмовчилиги патологик ҳолатларида меъда ва 12 бармоқ ичак шиллик қавати структурасининг клиник ва эндоскопик, патоморфологик тузилиши кам ўрганилганлигини ҳисобга олган ҳолда бу саволга тўғри ёндашиш кераклигини ўрганиб чиқиш лозим деб топдик. Сабаби 12 бармоқ ичак ва меъда шиллик қавати темир алмашинуви индукциясига катнашадими ёки алоҳида ҳасталикми деган савол туғилади.

Биз 2015 дан 2020 йиллар оралигида даволанган 78 нафар меъда ва 12 бармоқ ичак ҳасталиклари билан узоқ вақт даволаниб келган ҳамда ҳамроҳ темир етишмовчилиги камқонлиги бор беморларни олиб текширдик. Улардан аёллар 72 (92%) нафар, эркаклар 6 (8%), уларни 26 ёшдан 58 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилади. Текширув шикоятлари ва клиник белгиларига, гематологик анализларига ва эндоскопик кўрик хулосалари ўрганиб чиқилди. Асосий кўрсаткич қилиб эндоскопик усулда меъда ва 12 бармоқ ичакдан олинган шиллик қават гистоморфологик текширувлари олинди.

Анамнездан 5 йилдан ортиқ меъда ва 12 бармоқ ичак ҳасталиги билан даволаниб келган ҳамроҳ темир етишмовчилиги камқонлиги ҳасталиги бўлган беморларнинг эндоскопик текширув натижаларига кўра 92% беморда сурункали атрофик гастрит, 36,4% эзофагит, 27,9% дуодено-гастроал рефлюкс, 32,2% беморларда меъда 12 бармоқ ичак эрозиялари аниқланди. Макроскопик шиллик қаватларида ёппасига силлиқлашлар, шамоллаш белгилари ва меъда моторикасининг пасайиши аниқланди.

Узоқ вақт темир танқислиги анемияси билан даволанган 62% беморда *Helicobacter pylori* нинг ўрта ва паст даражада тарқалиши 91,8% ни, шиллик қават атрофияси 54% ни ташкил қилиб, меъданинг фундал ва антрал қисмларида юзага келган.

Узоқ вақт давом этувчи темир танқислиги анемиясида меъда ва 12 бармоқ ичак шиллик қаватларида гипоксия, сидеропенияга хос ўзгариш бўлиб, хужайра элементларида оксилларнинг сон жиҳатдан етишмовчилиги сифатида метаболлик ўзгаришлар, антрал ва фундал соҳадаги стромал тўқималарда гликоген ва РНК нинг 1,5 маротаба ортиши кузатишмоқда. Меъда шиллик қаватининг ультраструктурасида органеллалар биосинтези ва эпителиоцит хужайралари секретор функциясининг пасайиши, хужайра активлиги микропианоцитозининг пасайиши кузатилади.

Юқоридаги текширув натижаларидан шуни хулоса қилиш мумкинки, узоқ давом этувчи темир етишмовчилиги камқонлиги меъда ва 12 бармоқ ичак шиллик қаватлари тузилишига чуқур таъсир қилиб, уларнинг стромасида чандикли битишма ҳолатни юзага келтиради. Ўз ўрнида шиллик қаватда жойлашган секретор безларнинг секретор функцияси бузилади. Бу овқат ҳазм системаси сўриш функциясининг бузилишига олиб келади.

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗАХ ПРИМЕНЕНИЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Кодиров Ш.Н., Жалилов М.А. Кодиров М.Ш.
Андижанский государственный медицинский
Областной многопрофильный медицинский Центр*

Диффузно токсической зоб занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний щитовидной железы, как послеоперационного периода частоте, так и послеоперационного периода тяжести патологического процесса.

В настоящее время в клиническую практику широко внедрена субкапсулярная субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву, усовершенствованная Б.В.Петровским. Это операция позволяла свести к минимуму различные послеоперационные осложнения. Однако, принцип радикальности этой операции таит в себе опасность развития послеоперационного тиреотоксического криза, гипотиреоза.

В данной работе сообщаем результаты наших наблюдений, направленных на сокращение послеоперационных осложнений, применяя при этом в комплексном лечении с операцией реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии.

Больных тиреотоксикозом всего 108, из них в контрольной группе 27 от 16 до 72 года, из них женщин – 83%, мужчин – 17%, лиц пожилого возраста - 8,2%. Тиреотоксикоз средней тяжести – 74%, тяжелой степени – 26%.

Всем больным предоперационным подготовка проводили одинаково, от 9 до 15 суток комплексное лечение. Больным контрольной группы реимплантация не проводили.

Больным, кроме обще клинических исследований, проводили радиометрическое исследование

Функции щитовидной железы и сканирование в до и послеоперационном периодах. Проводили также определение концентрации Т₃, Т₄, ТТГ в сыворотке крови. Всем больным с тиреотоксикозом средней и тяжелых степеней применяли операцию - реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии.

Все больным с тиреотоксикозом предоперационном периоде получали по рекомендации кардиолога и эндокринолога, тиреостатики (мерказолил, L тироксин) сердечные гликозиды, короналитики, седативные препараты, дезинтоксикационная терапия и витаминотерапия.

В раннем послеоперационном периоде всем больным с тиреотоксикозом лечение проводили послеоперационного периода принципу коррекции нарушенных функций органов, включая и лимфотропная лечения 2- 3 сутки.

Послеоперационный период протекало более гладкое у больных, которым была выполнена реимплантация ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии послеоперационного периода сравнению с контрольной группой.

В ранние сроки после операции в группах средней и особенно тяжелой степени тяжести тиреотоксикоза Т₃ и Т₄ были достоверно низкими послеоперационного периода сравнению с контрольной группой, где не выполнялась реимплантация ткани щитовидной железы и лимфотропной терапию.

Радиометрическое исследование щитовидной железы также показало на 3-4 и 6-7 месяцев нормализацию функции щитовидной железы у больных после реимплантации. Изучение сканограммы показало, что на 12-15 суток имплантированная тиреоидная ткань возобновляет йодопоглатительную функцию и в течении наблюдаемого срока функция трансплантатов держалась стабильно.

Послеоперационные осложнения в раннем послеоперационном периоде протекали более гладко у больных с тиреотоксикозом средней и тяжелой степени, готовившихся в предоперационном периоде, включая лимфотропное лечение и реимплантацию, послеоперационного периода сравнению с контрольной группой. Летальных исходов и осложнений, связанных с лимфотропной и реимплантацией ткани щитовидной железы, не наблюдалось. Применение лимфотропной и реимплантации ткани щитовидной железы привело к снижению частоты послеоперационной тиреотоксической реакции с -7,1% до -3,7%, тиреотоксического криза с 3,7% до 0,9%.

Наблюдение послеоперационной больным после реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии 31 больных проводится в течение 3 лет. За этот период отмечено улучшению состояние больных. Отсутствует пастозность, адинамия, частота пульса 70-78, состояние стабильное.

ИЗУЧЕНИЕ ДАННЫХ АНАМНЕЗА БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С ЦЕЛЮ ДЕТАЛИЗАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

*Кодиров М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Изучение литературы посвященной проблеме нетравматического кровоизлияния в головной мозг (НКГМ) у больных детей, а также наблюдения в условиях ОРИТ при ФРНЦЭМП, показали, что главными факторами риска

наступления инсульта у малышей могут быть: многочисленные врожденные или приобретенные заболевания артерий, врожденные болезни сердца, перенесенные инфекции, острые и хронические заболевания головного мозга, многочисленные патологии шеи, аномалии в свертываемости крови, некоторые заболевания системы кровотока и бесконтрольное применение жаропонижающих и нестероидных противовоспалительных средств.

Цель исследования: оптимизация и изучение данных анамнеза больных детей с инфекционно-токсической энцефалопатией с целью детализации факторов риска кровоизлияний в головной мозг.

Материалы и методы: за последние 5 лет в отделении детской реанимации и интенсивной терапии с инфекционно-токсической энцефалопатией, и с судорожным синдромом пролечились 186 детей. Из них с доминирующим - отягощенным акушерским анамнезом и плохим преморбидным фоном 95 (51%); получившие накануне поступления нестероидные противовоспалительные средства (ибуфен, парацетамол) - 49 (26%); судорожный синдром со спонтанным кровоизлиянием - 32(17.2%).

Результаты: диагностика поражений мозга основывалась на анализе данных анамнеза, результатах исследований неврологического и соматического статуса больных детей, показателей периферической крови, лабораторного анализа ликвора, нейро-сонографии и компьютерной томографии. Лечебная тактика включала дегидратационные, седативные, нейропротекторные и общеукрепляющие мероприятия в условиях детской реанимации. Результаты сравнительного анализа показали, что в развитии нетравматического кровоизлияния в головной мозг высокий риск вероятности у детей с отягощенным акушерским анамнезом, а также немаловажное значение имеет нерациональное и неконтролируемое применение парацетамола и других нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов в анамнезе. Купирование приступов судорожного синдрома и лечение нейротоксикоза удается только после подключения арсенала кортикостероидных и сильнодействующих психотропных лекарственных средств. Поэтому, с целью повышения эффективности своевременного и квалифицированного лечения, с целью применения дегидратационных мер и гемостатической терапии, или хирургической коррекции, следует детализировать сбор анамнеза вплоть до мелочей (уточнение преморбидного фона, пре-пери- постнатальный анамнез).

Следует особо отметить тот факт, что даже при применении общепринятых мер борьбы у больных детей с гипертензионным синдромом, с судорожным синдромом и инфекционно-токсической энцефалопатией, наступало быстрое улучшение общего состояния у больных с благоприятными анамнестическими данными.

Выводы подробная детализация сбора анамнеза, правильное проведение диагностики по стандартам способствуют раннему выявлению кликопатогенетических факторов развития НКГМ у детей, а также своевременному лечению больных детей с данной патологией. В лечении НКГМ немаловажное значение имеет ранняя профилактика судорожного синдрома и отека мозга, контроль и восстановление параметров свертываемости крови, коррекция постгеморрагического шока, проведение нейропротекторной терапии.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кодиров М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цели исследования. Оценить адекватность различных методик анестезии при операции остеосинтеза бедренной кости у детей разного возраста и течение ближайшего послеоперационного периода у детей после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 60 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет. Всем пациентам выполнялась операция интрамедуллярного остеосинтеза бедренной кости после предварительного нахождения на скелетном вытяжении. Проведен сравнительный анализ методик тотальной внутривенной анестезии на основе пропофола, кетамина, а также lowflowанестезии с применением ингаляционного анестетика Севофлуран.

Результаты. Сравнение показателей систолического диастолического и среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений, SpO₂, газового состава крови, кислотно-щелочного состояния не выявило значимых отклонений от нормы, однако более стабильными эти показатели оставались в группах, где проводилась ТВА на основе пропофола, низкотоковая анестезия с применением Севофлурана. Кроме того, при проведении ингаляционной анестезии низким потоком свежих газов отмечалось достоверно более низкое количество послеоперационной рвоты по сравнению с другими методиками, а также сокращался срок пребывания пациентов на ИВЛ (в случае lowflowанестезии). Оценивая материальные затраты на проведение анестезий наиболее экономичной методикой оказалась оказалась применение низкотоковой анестезии.

Выводы. Исследование различных методик проведения анестезии детям с изолированной скелетной травмой нижних конечностей выявило отсутствие значимых отличий в состоянии гемодинамики, газового состава крови, кислотно-щелочного состояния.

МЕТОДЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Комилов Ш.Т., Норбоев З.К., Халилов Х., Исаков К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В конце XX в. все человечество буквально потрясено глобальной эпидемией этого нового инфекционного заболевания. СПИД распространился по всему миру, поражает людей всех рас и национальностей и пока является болезнью со 100 % летальностью.

Разнообразные острые и хронические гнойные заболевания ЛОР-органов обусловлены активизацией пиогенной инфекции на фоне значительного снижения иммунитета. Характерными особенностями данной патологии является

отсутствие выраженного эффекта от проводимого лечения, переход синусита или отита в хроническую стадию с частыми обострениями. Нередко у больных СПИДом развиваются фурункулы и карбункулы, локализующиеся в области головы и шеи. Течение воспалительного процесса обычно длительное, лечение малоэффективно.

Цель исследования. Цель назначения антиретровирусной терапии: замедлить прогрессирование ВИЧ-инфекции и увеличить продолжительность жизни на максимально возможном уровне качества.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 259 респондентов, относящихся к взрослому населению (старше 18 лет), состоящих на учете в СПИД центра Андижанской области с диагнозом: ВИЧ-инфекция.

Были использованы два критерия разделения респондентов на группы. Первый критерий – распределение пациентов по стадиям ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков старше 13 лет (классификация ВОЗ, 2004). По этому критерию все пациенты были дифференцированы в зависимости от стадии иммунодефицита на 4 группы. Вторым критерием был выбран факт наличия либо отсутствия хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

Результаты исследования. Из представленных данных наиболее демонстративное значение имеют показатель физического компонента здоровья (Physical health - PH) и показатель психологического компонента здоровья (Mental health - MH).

Показатели качества жизни ВИЧ-инфицированных лиц в зависимости от стадии заболевания и наличия хронической патологии ЛОР-органов.

Средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) у ВИЧ-инфицированных респондентов с сопутствующей хронической воспалительной оториноларингологической патологией составил 65,3. Те пациенты, у которых ЛОР-патологии выявлено не было, продемонстрировали значительно более высокий уровень самооценки качества жизни (PH=80,5). Следовательно, можно констатировать негативное влияние хронических заболеваний уха, горла, носа на физический статус иммунокомпрометированных лиц. Однако это влияние значительно отличается в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Так, на I стадии иммунологической недостаточности интегральный показатель физического компонента здоровья незначительно отличается у лиц с наличием (PH=77,6) и отсутствием (PH=84,2) хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

На II стадии ВИЧ-инфекции происходит снижение уровня физического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (PH=52,4), в сравнении с группой без признаков оториноларингологических заболеваний (PH=79,3). Интервал значений составил почти 27 пунктов. Следовательно, можно констатировать, что на II стадии ВИЧ-инфекции наиболее существенным фактором, оказывающим негативное влияние на самооценку КЖ человека, являются хронические оториноларингологические заболевания.

На III стадии ВИЧ-инфекции также выявлен более низкий показатель уровня физического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (PH=66,5 против PH=82,1), однако здесь различие не столь существенно. Следует отметить, что средний показатель физического компонента здоровья у всех пациентов на III стадии вирусного иммунодефицита выше (PH=69,5), чем на II (PH=55,1). Это обстоятельство связано с положительным влиянием АРТ на самооценку состояния респондентов.

Вывод. Антиретровирусная терапия приводит к снижению вирусную нагрузку до минимального уровня (неопределяемый уровень – менее 500/мм³) и восстановлению адекватной функции иммунной системы, как в количественном аспекте (повышение количества лимфоцитов CD4+ до нормального уровня – 800–1050 клеток/мм³), так и в качественном (восстановление адекватного антиген-специфичного иммунного ответа).

VALUE OF BILE DUCT DECOMPRESSION IN TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS

*Qosimov A.L., Salaxidinov S.Z., Usmonov X.Q., Usmonov E.I., Latipov R.J., Azimov A.A., Tulakov E.O.
Andijan state medical Institute*

Relevance: Acute purulent cholangitis is a dangerous complication of the violation of the patency of the bile ducts. Pathogenically, this complication includes mechanical jaundice and a septic process with the breakthrough of enterobacterial endotoxin into the blood with a characteristic septic reaction. Mechanical jaundice occurs with bile hypertension, cholemia, develops a violation of the immune system, endotoxemia, violation of the function of various organs.

Objective: to evaluate the effectiveness of intraoperative decompression of the bile ducts in the form of drainage, as a type of decompression, in patients with mechanical jaundice of various origins, complicated by acute purulent cholangitis.

Materials and methods: we analyzed the results of treatment of 34 patients who were treated in the surgical departments of the ASMI clinic for the period from 1998 to 2013 with mechanical jaundice syndrome caused by various forms of bile duct obturation, complicated by acute purulent cholangitis, who were drained of the common bile duct (choledocha). Drainage of the common bile duct was performed by 20 (58.82%) women and 14 (41.17%) men aged 25 to 65 years. The largest number of patients were over 50 years old-22 (64.70%), and 12 (35.29%) of patients aged 40-50 years belonged to the working-age population. In 34 patients, acute purulent cholangitis was diagnosed upon admission on the basis of clinical manifestations: pain in the right hypochondrium, mechanical jaundice, hyperthermia with chills, signs of intoxication, leukocytosis with a neutrophil shift to the left, according to ultrasound — signs of biliary hypertension in the form of cholangioectasia. In 20 (58.82%) patients at admission, clinical manifestations and laboratory indicators did not indicate the presence of purulent cholangitis, with the exception of cholangioectasia during ultrasound examination, but endoscopic examination revealed changes inherent in this complication of biliary obturation. The duration of mechanical jaundice with acute purulent cholangitis in patients before admission to the hospital ranged from 1 to 24 days or more.

Results and discussion: among the causes that provoked acute purulent cholangitis, malignant diseases dominated-in 4 patients, which was 11.7%. Of these, the most common were pancreatic head cancer — in 2 (5.88%) patients, choledochal cancer-in 1 (2.94%), and gallbladder cancer — in 1 (2.94%) patients. And among the benign diseases that caused mechanical jaundice with acute purulent cholangitis, the most frequent was cholelithiasis complicated by choledocholithiasis-30 (88.23%). These patients underwent both cholecystectomy and external drainage of the common bile duct. All patients were examined, including

clinical and laboratory, ultrasound, endoscopic studies, and conservative therapy aimed at correcting homeostasis: elimination of hypovolemia, water-electrolyte disorders, and intoxication. Every day, bile from 100 to 500 ml flowed through the drainage. Along with integral hematological indicators, we studied the dynamics of changes in liver enzymes. Initially, all patients had a sharp increase in the studied liver enzymes, which is associated with cholestasis and high levels of hepatocyte cytolysis: total bilirubin, ALT, AST. Kidney function was assessed by determining the level of urea and creatinine in the blood. Thus, clinical manifestations and data from biochemical blood tests in patients with mechanical jaundice indicate that uncompressed bile hypertension with acute purulent inflammation before draining the common bile duct is accompanied by cytolytic processes in the liver, which is manifested by an increase in bilirubin and transaminases. On the 7th day after surgery, all groups show a gradual decrease in liver enzymes. The level of bilirubin decreased by 3.7 times; there was a significant decrease in transaminase activity: ALT decreased by 2.4 times, the AST indicator decreased by 3 times. In all patients, renal excretory function impairment before drainage was moderate. On the 7th day after the operation, the urea level decreased to normal.

Conclusion: Thus, the use of decompression of the bile ducts in acute purulent cholangitis in the form of intraoperative drainage is currently the most effective method of treatment in the fight against liver failure. Timely diagnosis and treatment of mechanical jaundice, as well as intraoperative decompression of the common bile duct can improve the results of surgical treatment of cholelithiasis complicated by purulent cholangitis.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITY DURING PREGNANCY

*Qosimov A.L., Axmadaliev S.M., Usmonov, X.Q., Usmonov E.I., Abdupatov D.U., Azimov A.A.
Andijan State Medical Institute*

The purpose of the study: to study the clinical symptoms of pregnant women with varicose veins.

Materials and methods: Varicose veins of lower extremities had been diagnosed before pregnancy in 5 (11%) patients, first appeared during pregnancy in 22 (48,9) patients after childbirth in anamnesis in 15 (33.4 percent).

The results of the discussion: the Main complaints that pregnant women showed during the primary survey were : heaviness in the legs 34 (75,5%), pain in the lower extremities in 32 (71.2 percent), cramps of the back group of muscles of the tibia in 11 (24,5%) 35 (77,8%) the extended segments of the saphenous veins in the form of single nodes at 45 (100%), elastic traction during the great or small saphenous veins in 21 (46,7%), the presence of varicose veins genital - perineal region in 14 (31.2 per cent), episodes of bleeding in medical history of varicose veins genital - perineal region 4 (8,9%), cosmetic discomfort 45(100%). At the same time, the feeling of heaviness of pain in the patient's legs was usually noted after prolonged static loads for 6-8 hours, the edema was transient, often occurring in the evening. Convulsions in the calf muscles on the affected side were more often episodic, bleeding from varicose veins of the genital-perineal region was observed in 4 (8.9%) patients at 26-28 weeks of pregnancy. Dilated subcutaneous veins, cosmetic discomfort were the main complaint in all patients who did not show signs of chronic venous insufficiency of the lower extremities.

Conclusion: In pregnant women with progressive varicose veins of the lower extremities have a peculiar clinical symptoms, which should be taken into account when choosing therapeutic and diagnostic techniques.

THE IMPACT OF REGIONAL IMMUNE STIMULATION ON LOCAL IMMUNITY OF THE OPERATED STOMACH

*Qosimov A.L., Salaxidinov S.Z., Usmonov, X.Q., Abdupatov D.U., Olimov A.B., Azimov A.A.
Andijan State Medical Institute*

There are many immunological methods for diagnosing immunodeficiency conditions of local tissues. Today, due to the emergence of new data in the field of interstitiology, many of the complications can be represented as a local autoimmune pathological process.

Purpose of research: to study the influence of regional lymphoimmunoblastic (RLIS) on indicators of local immunity in patients with peptic ulcer of duodenum (PUD).

Material and methods: The results of treatment of 67 patients with yabdpс who underwent gastric resection (RV) operations using the I and II Billroth method were analyzed. The patients were divided into 2 groups: 32 patients of the control group who did not receive RLS and 35 patients of the main group who received RLS in the early postoperative period. Indicators of local immunity in patients with yabdpс before and after surgery were evaluated by the content of lysozyme and secretory immunoglobulin A (SIgA) in gastric juice by the method of radical immunodiffusion according to Mancini. Studies were conducted in the early stages after RJ: 1,3,7 and 10-12 days. RLS was performed for 3-4 days after gastric surgery through a round ligament of the liver consisting of: lidase 0.15/kg, heparin 70 u/kg, T-activin 1ml, glucose - novocain mixture. The content of lysozyme before surgery was studied in 57 patients with yabdpс and its level was: 20.2 ± 0.9 mcg/mg, and SIgA in 52 was equal to 25.0 ± 1.1 mg%. On the 1st day after the operation, the content of lysozyme and SIgA in the control group decreased sharply ($p < 0.05$), and then there was a gradual increase in lysozyme, and SIgA remained at the level of the first day on the 3rd day and only slightly increased on the 7th day. By the time the patients were discharged from the hospital, these indicators were still different from the initial values. On 10-12 days after surgery, the lysozyme level was 14.4 ± 0.5 , and the SIgA was 11.4 ± 0.7 . This indicated a sharp decrease in immunological protection in the immediate postoperative period. In group 2 of patients, the content of lysozyme in individuals who underwent RLS with T-activin differed from the control group ($p < 0.005$). A higher level of lysozyme was observed in the group of patients who received T-activin; on day 3, there were already more significant differences, and they were more pronounced in patients receiving T-activin, and these differences were significant ($p < 0.01$), in subsequent periods (7-10 days) in patients receiving T-activin, lysozyme almost reached the initial level. So the content of lysozyme by day 10-12 of the study was 22.1 ± 0.3 . A similar dynamics was observed in the content of SIgA in gastric juice. So if the level of SIgA on day 7 in the control group was 8.7 ± 0.5 , then in the main group of patients receiving T-activin, this indicator was equal to 16.3 ± 0.4 . By day 10-12, the SIgA in the control

group was 16.4 ± 0.9 ; while in the main group, this indicator increased to 24.5 ± 0.6 . This indicated a significant improvement in local immunity.

Thus, RLS increases local immunity, promotes a smoother course of the postoperative period, and reduces the risk of purulent-inflammatory complications.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OBTURATIVE PURULENT CHOLANGITIS

*Qosimov A.L., Usmonov, X.Q., Grigorov J.A., Ulmasov M.V., Kholmatov M.T., Azimov A.A.,
Andijan State Medical Institute*

Relevance: the Increasing proportion of biliary pathology is currently attracting more and more attention of surgeons. Purulent cholangitis, previously considered as a satellite of mechanical jaundice, is currently acquiring the status of an independent problem. This is due not only to the high mortality rate-15-60%, but also, first of all, to its key role in the development of biliary sepsis.

Materials and methods: 345 patients were operated on at the clinical bases of the Department of General surgery of Andijan State Medical Institute from 2008 to 2018 for acute calculous cholecystitis and other complications of GI. This study included 128 patients with acute calculous cholecystitis (OCC), choledocholithiasis, and obturation purulent cholangitis (OGH). The subject of the analysis was anamnesis data, clinical and laboratory indicators, data of instrumental research methods, operational findings, and features of surgical interventions, histological data of surgical preparations, and the course of the postoperative period. Upon admission, all patients noted rapid development of the disease with characteristic complaints: pain in the right hypochondrium, chills, and jaundice during the first hours or days. According to the data obtained, the clinical indicators of the entire group of patients significantly differed from normal values. Patients had tachycardia, increased respiratory rate, hyperthermia, which is a clinical manifestation of the systemic inflammatory reaction syndrome. Analysis of laboratory parameters revealed an increase in bilirubin and enzymes, urea and creatinine, a significant increase in white blood cells, and the leukocyte index of intoxication. Describing the studied group of patients, it can be stated that the obtained average values of clinical and laboratory data in combination with organ and system dysfunctions indicate the presence of systemic inflammation in patients. A comparative study of clinical and laboratory parameters was conducted to determine the structure of generalized systemic inflammation in patients with OHC. With increasing severity of systemic inflammation, there was a significant increase in direct indicators of intoxication: the concentration of white blood cells, the leukocyte index of intoxication, an increase in the criteria for a systemic inflammatory reaction (tachycardia, tachypnea, fever).

Results and discussion: the presence of purulent cholangitis was considered an indication for emergency surgery. The volume of intervention was determined by the nature of the detected pathology. In all cases, the operation ended with external drainage of the choledochus. Destructive forms of acute cholecystitis, not complicated by peritonitis, occurred in 44 (34.3%) patients. Of these, phlegmonous cholecystitis — in 32 (25%) patients, and gangrenous in 12 (9.3%) patients. In order to prevent the threat of peritonitis, all these patients underwent emergency surgery-cholecystectomy, choledocholitotomy with external drainage along the Keru from laparotomic access.

Conclusion: Thus, early diagnosis and timely treatment of patients with cholelithiasis complicated by acute purulent cholangitis can improve the results of surgical treatment.

PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR ARTERIAL HYPERTENSION AMONG THE UNORGANIZED POPULATION OF ANDIJAN

*Qosimov A.L., Usmonov X.Q., Usmonov E.I.
Andijan State Medical Institute*

Multiple risk factors contribute to the development of arterial hypertension; these factors increase the risk of developing hypertension.

Objective: The study of the prevalence of hypertension risk factors (hypertension) among the unorganized population of Andijan.

Materials and Methods: A retrospective study was conducted among the unorganized population of Andijan on 10% of a random sample. A total of 3222 people aged 15-70 years of age and older. 1313 of them - men, 1909 - women. The results showed that the risk factors of hypertension in female and male populations occur with varying frequency. Sedentary lifestyle (lack of exercise) are 11.7% (126) of the men and 12.2% (160) women. Overweight (BMI > 25) is defined by 9% (119) of men and 16% (139) women. The prevalence of hypercholesterolemia among the male population is -8.5% (111), among the female population of -9.9% (130). In the men's dyslipidemia population determined in 19.6% (257) patients, in women's - 21.7% (287). Coagulation risk factors among men detected in 11.9% (155), among women - 13.3% (175), hypertriglyceridemia - at 10.1% of men (133) and 11.8% of women (155). 13.5% male (178) female and 14.9% (195) in an excess amount of sodium chloride use. A genetic predisposition to hypertension have 11.6% (123) of the men and 12.7% (167) women. Emotional stress affects 21.1% (278) of the men and 16.9% (223) women. Smoking is common in 55.5% (731) men, and alcohol 5.7% (75) men. These last two risk factors were not detected in the female population.

Conclusion: Among the unorganized population of Andijan city the most common risk factor is smoking among men (55.5%), and among women - dyslipidemia (21.7%). Maintaining a healthy lifestyle factors affect these factors on the development of the disease and its complications is reduced and this can contribute to improving the quality of life of patients.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Косимова М.О., Тошпулатов А.М., Ахмадалиев К.С., Исаев З.Н.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Несмотря на несомненные достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, во всем мире сохраняется тенденция к росту заболеваемости раком и увеличению числа больных с распространенными формами злокачественных новообразований.

По данным опубликованным ВОЗ, в 2019 г. зарегистрировано 18,1 млн новых случаев рака и 8,2 млн человек, умерших от онкологической патологии, и 32,6 млн, живущих после установления диагноза пять и более лет. Подавляющее большинство из этих пациентов в той или иной степени нуждались в паллиативной или симптоматической терапии.

Паллиативная помощь (Паллиативная медицина) - область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития, в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Цель исследования. Изучить состояние современной паллиативной помощи в онкологической службе.

Методы исследования. В работе мы использовали несколько опросников или шкал определения интенсивности болевого синдрома: шкала вербальных (словесных) оценок (ШВО): 0 -- боли нет, 1 балл -- слабая, 2 балла -- умеренная, 3 балла -- сильная, 4 балла -- самая сильная боль, 5 -- нестерпимая; визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли (от 0 до 100%) в виде линии длиной 10 см, которую предъявляют пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений. Эти шкалы необходимы для количественной характеристики динамики интенсивности хронического болевого синдрома в процессе лечения

Обсуждение. Одним из важных компонентов паллиативной терапии онкологических больных является контроль боли. Существенна также коррекция разнообразных расстройств, которые могут возникнуть у больного: тошноты и рвоты, нарушений обмена, кровотечений, инфекционных осложнений. Необходимо решение проблем, связанных с организацией ухода за больным, питания, передвижения. Наконец, на этапе паллиативного лечения многим больным и членам их семей требуется психосоциальная поддержка.

Опиоидные анальгетики являются важнейшим средством для лечения умеренного и сильного болевого синдрома у пациентов, больных раком, и сильного болевого синдрома у пациентов с различными не подлежащими радикальному лечению неонкологическими прогрессирующими заболеваниями в поздней стадии развития. Особенно часто болевой синдром проявляется в терминальной стадии заболевания. Так, около 80% пациентов, больных раком и СПИДом, и 67% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническими обструктивными заболеваниями легких в конце жизни страдают от умеренной или сильной боли.

Оказание паллиативной помощи направлено не только на купирование болевого синдрома, но и на лечение некоторых других причиняющих страдание симптомов, таких как дыхательная недостаточность, которая часто проявляется в острой форме у пациентов с опасными для жизни заболеваниями. Применение опиоидных анальгетиков помогает эффективно снимать ощущение одышки у пациентов на поздней стадии любых заболеваний.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача.

Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

Оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным осуществляется врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, во взаимодействии с врачами-специалистами по профилю основного заболевания пациента и другими врачами-специалистами. Медицинские работники, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, руководствуются рекомендациями врачей-специалистов, прошедших обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи.

Вывод. Таким образом, решение о невозможности проведения специального лечения должно проводиться коллегиально после всестороннего обследования пациента с привлечением онкологов, радиологов, специалистов по паллиативной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

По данным отечественной и зарубежной литературы переломы проксимального отдела плечевой кости (ПОПК) составляют 4–15% всех переломов костей скелета и 32–65% от переломов плечевой кости. 12–20% пациентов с данными повреждениями имеют смещение костных отломков и требуют хирургического лечения. В 13–16% случаев переломы ПОПК – многофрагментарные, прогноз в лечении которых неблагоприятный. У молодых пациентов переломы данной локализации происходят, как правило, в результате высокоэнергетической травмы (падение с высоты, ДТП), у пожилых же пациентов они возникают в результате не прямой травмы при незначительном воздействии внешних сил на фоне имеющегося остеопороза. 50–80% больных с переломами ПОПК – люди старше 60 лет, при этом у женщин они

встречаются в 2–3 раза чаще, чем у мужчин. За последние годы появилось большое количество новых металлоконструкций и современных методик операций, но количество неудовлетворительных результатов лечения переломов ПОПК остается достаточно высоким и составляет 35–50% случаев. Многие авторы объясняют это наличием тактических и технических ошибок при лечении данной патологии. В настоящее время насчитывается более 30 методик оперативного лечения переломов ПОПК, среди которых различают погружной (накостный, интрамедуллярный) остеосинтез, внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации плечевого сустава.

Цель исследования. Анализ полученных результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов с переломами ПОПК в возрасте от 24 до 79 лет. Женщин было 32, мужчин – 15. Все переломы были закрытыми. Согласно классификации, предложенной С. S. Neer (1970 г.), все пациенты разделились следующим образом: с двухфрагментарными переломами 12 пациентов (25,5%), 20 пациентов (42,6%) с трехфрагментарными переломами и 15 пациентов (31,9%) с четырехфрагментарными переломами. Пациентам молодого возраста с двухфрагментарными переломами применялись Т- и L-образные пластины. Учитывая остеопоротические изменения костной ткани, для оперативного лечения пациентов пожилого возраста с двухфрагментарными переломами использовались пластины с угловой стабильностью винтов. Тактика лечения трех- и четырехфрагментарных переломов также зависела от возраста и, соответственно, от выраженности инвалютивного остеопороза: пациентам трудоспособного возраста применялись накостные фиксаторы с угловой стабильностью винтов. Гипсовая иммобилизация после остеосинтеза не применялась. После купирования болевого синдрома пациенты приступали к восстановительному этапу лечения.

Результаты. У 3 пациентов с двухфрагментарными переломами старше 60 лет имело место миграция металлоконструкции на фоне остеопоротических изменений проксимального отдела плечевой кости. У 4 больных с трехфрагментарными переломами в послеоперационном периоде развился асептический некроз головки плечевой кости. Оперативное лечение четырехфрагментарных переломов ПОПК в 2 случаях осложнилось нарушением консолидации, в 2 случаях имел место асептический некроз головки плечевой кости.

Выводы. Оперативное лечение двухфрагментарных переломов ПОПК у лиц молодого возраста может быть выполнено с помощью Т- и L-образных пластин, при трехфрагментарных переломах необходимо использовать пластины с угловой стабильностью винтов. Применение накостного остеосинтеза при лечении трех- и более фрагментарных переломов у пожилых больных и четырехфрагментарных переломов у пострадавших трудоспособного возраста приводит к большому количеству осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВЫВИХАМИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

*Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Повреждение акромиально-ключичного сустава (АКС) среди молодого трудоспособного населения является нередкой травмой. По данным различных авторов, частота встречаемости травматического вывиха акромиального конца ключицы составляет от 12,5 до 22,1% в структуре скелетной травмы и приблизительно 11 % в структуре спортивной травмы. При повреждениях АКС III-VI стадий по классификации Rockwood предпочтительно использовать хирургические методы лечения в ранние сроки, после получения травмы (в первые 72 часа). По разным причинам оказание экстренной хирургической помощи таким пациентам не всегда возможно, в связи с чем, в повседневной травматологической практике нередко приходится сталкиваться с застарелыми случаями повреждения АКС. К таким пациентам необходимо особое внимание и подход. Применяемые в застарелых случаях современные малоинвазивные высокотехнологичные методики стабилизации акромиального конца ключицы, разработанные для новой травмы, в том числе, артроскопические, зачастую оказываются несостоятельны на ранних этапах послеоперационной реабилитации, требуют длительного лечения и нередко повторных операций.

Цель исследования. Улучшение функциональных результатов и отдаленных показателей хирургического лечения пациентов с застарелыми травматическими вывихами акромиального конца ключицы.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 54 человек, среди которых 32 мужчин и 22 женщины в возрасте от 16 до 64 лет с вывихом акромиального конца ключицы III-VI стадии по Rockwood. Средний возраст пациентов составил 31,2 года. В исследование были включены пациенты, перенесшие спортивную травму – 91 человек (54,5%), дорожно-транспортную – 27 человек (16,2%) и бытовую – 49 человек (29,3%). Сроки оказания хирургической помощи составляли от 8 до 19 суток с момента получения травмы. В ходе наблюдения за пациентами проводились этапные (промежуточные) – клинический и рентгенологический – контроли, однако окончательная оценка результатов лечения проводилась через 8 месяцев с момента операции, при помощи рентгенологического контроля, определения объема движений в плечевом суставе и визуально-аналоговой шкалы (VAS). В нашей клинике разработана и используется хирургическая тактика лечения пациентов с застарелыми вывихами акромиального конца ключицы III-VI стадии по Rockwood – выполнение оперативной реконструкции ключично-ключовидной связки и трансартрикулярная фиксация АКС.

Результаты. Предлагаемый нами подход к лечению пациентов с застарелыми травматическими вывихами акромиального конца ключицы продемонстрировал хорошие функциональные результаты. Через 2 месяца с момента операции большинство оперированных нами пациентов возвращалось к привычному образу жизни, а спустя еще 1,5-2 месяца они имели возможность приступить к спортивным нагрузкам. Разработанная хирургическая тактика лечения позволила получить более чем в 80% случаев полное восстановление функции, избежать серьезных хирургических и инфекционных осложнений и повторных оперативных вмешательств.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА

Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

По литературным данным переломы надколенника составляют около 1,5% всех переломов скелета. По классификации АО переломы надколенника подразделяются на следующие типы: тип А-внесуставной (разгибательный механизм поврежден), тип В-частично суставной (разгибательный механизм интактен), тип С-полный суставной (разгибательный механизм поврежден). Надколеннику отводится значимая роль в функционировании, как коленного сустава, так и всей нижней конечности. Являясь частью разгибательного аппарата голени, он, в качестве блока, усиливает функцию четырехглавой мышцы бедра. Учитывая внутрисуставной характер переломов надколенника, главной задачей является раннее анатомическое восстановление кости и надежная фиксация костных отломков, что достигается правильным выбором тактики лечения и способа остеосинтеза.

Цель исследования. Оценить эффективность остеосинтеза при лечении переломов надколенника.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с переломами надколенника со смещением костных отломков (более 5 мм). Мужчин было 28 (87,5%), женщин-4 (12,5%). Возраст пациентов составил от 19 до 61 года. Все пострадавшие обследовались рентгенологически в прямой, боковой проекциях. Распределение пациентов согласно классификации АО было следующим: тип А-21,9% (7 пациентов), тип В-12,5% (4 пациента), тип С-65,6% (21 пациент). Всем пациентам было выполнено оперативное лечение. При переломах типа А были применены стягивающие винты или чрескостная фиксация поврежденного сухожилия с обязательным укреплением стягивающей проволоочной петлей. Переломы типа В фиксировали стягивающими винтами. При переломах типа С выполнялся остеосинтез двумя спицами Киршнера со стягивающей петлей. При проведении спиц нами использовалась техника «изнутри-наружу». Для защиты спиц от вырывающих сил проводили восьмиобразный проволоочный серкляж. В послеоперационном периоде иммобилизации не требовалось, больные приступали к восстановлению движений в коленном суставе после купирования болевого синдрома на 5-8 сутки. Данная методика позволяет трансформировать дистракционные силы, возникающие при сгибании коленного сустава в силы межотломковой компрессии. В послеоперационном периоде для профилактики развития дегенеративно-дистрофических процессов в коленный сустав вводили препараты гиалуроновой кислоты с кратностью 1 раз в неделю.

Результаты. Оценку результатов лечения провели у всех 32 пациентов. Общий срок наблюдения составил 7–36 месяцев. Продолжительность стационарного лечения составила $9,1 \pm 2,2$ сут., продолжительность общего лечения – 6–8 недель. Металлоконструкции удалялись в среднем через 7-9 месяцев. Учитывая, что надколенник функционально значим не только для коленного сустава, но и для всей нижней конечности в целом, для оценки динамики восстановительного лечения нами использовалась «Функциональная шкала для нижней конечности» (Lower Extremity Functional Scale, LEFS), согласно которой функция здоровой нижней конечности равна 80. На 30-сутки после операции функция нижней конечности увеличилась до 51 балла. На 60-е сутки после операции функция нижней конечности достигла 75 баллов. Дефицит объема движений в коленном суставе определялся баллами. Функция нижней конечности на 15-е сутки после операции составила 23 балла по усредненному показателю объема сгибания и разгибания в суставе в процентах от нормальных величин. На 15-сутки после операции дефицит объема движений в коленном суставе составил 52%, на 30 суток – 31%, к 60-м суткам-15%, к 90-м суткам после операции дефицита объема движений не было. Осложнения со стороны послеоперационной раны в виде поверхностного воспаления имели место у 2 пациентов, которые были купированы консервативной противовоспалительной терапией, и на продолжительность и исход лечения не повлияли. Нарушений консолидации переломов надколенника при использовании данной тактики лечения не было. Появление деформирующего остеоартроза коленного сустава (или усугубление стадии уже имеющегося) зафиксировано у 3 пациентов.

Выводы. Остеосинтез является эффективным методом лечения переломов надколенника, позволяющим выполнить анатомическую репозицию и обеспечить надежную фиксацию костных отломков, совместить периоды консолидации перелома и восстановления утраченной функции коленного сустава.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Красненкова М.Б.
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Исследования последних лет показали, что адаптационно-компенсаторные возможности организма пациентов с ТЧМТ зависят от степени поражения глубинных структур головного мозга. В то же время повреждения центральной нервной системы также приводят к нарушению и вегетативной нервной системы.

Целью исследования явилось изучение особенностей вегетативной регуляции и показателей функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у больных в различные периоды тяжелой ЧМТ.

Материал и методы исследования: 35 пациентов с ТЧМТ (25 мужчин и 10 женщин), поступивших в ОРИТ в коматозном состоянии (ШКГ ≤ 8 баллов), были включены в проспективное исследование. I группа – больные с летальным исходом – 8 больных (уровень сознания – 3-5 баллов по ШКГ), II группа - 17 выживших пациентов с хорошим исходом (группа хорошего восстановления, ШКГ ≥ 10 баллов) и III группа – 10 пациентов с худшим неврологическим статусом (группа плохого исхода, ШКГ < 10 баллов). Все пациенты находились на ИВЛ и получали интенсивную терапию согласно протоколу. Регистрировались частота сердечных сокращений (ЧСС), среднестатистическое артериальное давление (срАД). Регистрировали показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) (TP, HF, LF, LF/HF, VLF), на следующий день после получения травмы, через 3, 5 и 7 суток. Содержание кортизола определяли радиоиммунологическими методами с помощью стандартных тест-наборов.

Результаты: На следующий день после получения травмы отмечено значительное различие параметров системной гемодинамики и ВРС у погибших пациентов относительно выживших. В I группе отмечалась значительная парасимпатическая эфферентная гиперактивность и тенденция к повышению всей ВРС. Показатель РТ был выше на 65%, а показатель LnLF на 24% у погибших пациентов. В III группе имелась тенденция к более низким показателям ВРС, что указывало на низкую парасимпатическую эфферентную активность. При сравнении пациентов погибших в течение 7 суток после получения травмы и выживших, на следующий день после получения ЧМТ отмечается значительный прирост ВРС, связанный со значительно повышенным парасимпатическим тонусом. Более низкий уровень соотношения LF\HF отмечен в I группе ($1,12 \pm 0,24$ против $4,51 \pm 1,91$). В показателях ВРС имелись выраженные достоверные различия между пациентами II и III групп. Показатель РТ был выше на 219%, а LF\HF на 53% ниже у пациентов с хорошим восстановлением.

После получения травмы у всех пациентов уровень кортизола плазмы был выше нормальных значений. В последующие сутки у пострадавших II группы определялось относительное постоянство гормонального баланса. В течение следующей недели содержание кортизола у них плавно снизилось от $1040,5 \pm 98,1$ нмоль/л до $784,7 \pm 58,6$. У пациентов III группы явился волнообразный характер изменений средней концентрации кортизола, что свидетельствовало о недостаточности у этих больных адаптационно-компенсаторных возможностей. Так, средний уровень кортизола у пострадавших с неблагоприятным исходом ТЧМТ после значительного снижения на 3-7 сут (с $1083,4 \pm 98,8$ до $692,4 \pm 105,7$ нмоль/л) к началу второй недели посттравматического периода вырос до $852,1 \pm 94,2$ нмоль/л. А затем постепенно снизился до нормальных значений. При смертельной ТЧМТ происходит чрезмерное повышение уровня кортизола уже в 1 сут.

Выводы: активность симпатико-адреналовой системы, значительно повышающаяся непосредственно в ответ на травматическое воздействие, оказывается пониженной в конце острого травматического периода. У пациентов с летальной ТЧМТ данный процесс нестабильный, а адаптационно-компенсаторные возможности недостаточны.

ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кряжинова И.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.М.Ф.Владимирского

Актуальность: Онкологическая заболеваемость с локализацией опухоли в челюстно-лицевой области увеличивается, как свидетельствует ряд современных исследований. Этому способствуют такие факторы, как ухудшение экологической обстановки, вредные привычки, несвоевременное обращение к врачу-стоматологу для лечения стоматологических заболеваний и профилактических осмотров, сложность диагностики и лечения предраковых заболеваний полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай, хроническая травма слизистой оболочки рта).

На этом фоне необходима активизация ранней диагностики онкологических заболеваний на стоматологическом приеме, ответственность и квалифицированность врачей-стоматологов всех специализаций в вопросах онкологической настороженности.

Как известно, принципиальным условием успешного лечения онкологической патологии является ее выявление на ранних стадиях развития. С этой целью целесообразно выделение групп населения с высоким риском развития онкологической патологии, т. е. выявление специфических факторов риска в состоянии здоровья и условиях жизни и работы.

Цель исследования: Разработать комплекс профилактических мероприятий направленный на раннюю диагностику онкологической патологии на амбулаторном стоматологическом приеме в медицинских организациях Московской области.

Материалы и методы исследования: В 12 стоматологических поликлиниках Московской области проведено анкетирование врачей-стоматологов. Опрошены 176 врачей-стоматологов разной специализации. Среди опрошенных было 33,5% мужчин и 66,5% женщин. По стажу опрошенные врачи-стоматологи были представлены группами: до 5 лет – 17,0%, 5 – 9 лет – 11,9%, 10 – 19 лет – 21,6%, 20 – 29 лет – 33,18,8%, 30 – 39 лет – 16,5%, 40 – 49 лет – 14,2%. Половина опрошенных врачей были стоматологами-терапевтами, другие специализации (врачи-стоматологи-хирурги, врачи-стоматологи-ортопеды, врачи-стоматологи общей практики) составляли примерно по 15% от опрошенных. Анкета «Онкологическая настороженность на амбулаторном стоматологическом приеме» содержала 10 вопросов, отражающих частоту выявления онкологической патологии и предраковых состояний, знания врачей по методам диагностики и лечебной тактике при выявлении указанной патологии.

Так же проводился анкетный скрининг среди пациентов стоматологических поликлиник Московской области. Для этого была разработана скрининговая анкета стоматологического пациента для определения группы риска развития онкологической патологии, состоящая из 51 вопроса, с предположительными ответами «ДА» или «НЕТ». При этом ряд вопросов (№ 24, 25, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42) при положительном ответе расценивались как показания к онкоскринингу. Включение опрошенных в группы с высоким или очень высоким риском развития онкологической патологии, в том числе, в полости рта, происходило по следующим критериям ВОЗ: —высокий риск (возраст 40 лет и старше, возраст до 40 лет + курение, возраст до 40 лет + систематическое употребление алкоголя, возраст до 40 лет + носительство ВПЧ (вирус папилломы человека) 16, возраст до 40 лет + носительство вируса герпеса); —очень высокий риск (наследственная предрасположенность — онкологические заболевания полости рта в роду, возраст старше 65 лет, с ранее диагностированным предраковым состоянием в полости рта, с ранее леченым раком полости рта).

Результаты исследования: Наиболее важные вопросы анкеты по онкологической настороженности врачей-стоматологов показали следующие результаты. На вопрос анкеты о полноте сбора анамнеза пациента о перенесенных и сопутствующих заболеваниях пациента на первичном приеме и при санации рта только два врача сообщили, что недостаточно полно собирали анамнез (1,1%), подавляющее большинство врачей (98,9%) считали, что полностью собирали анамнез. Только шесть врачей (3,4%) отрицательно ответили на вопрос о полноте традиционного осмотра

челюстно-лицевой области, включая наружный осмотр, пальпацию регионарных лимфатических узлов, осмотр слизистой оболочки рта и губ; большинство врачей считали свое обследование челюстно-лицевой области пациентов полноценным (96,4%). О частоте обращений пациентов с онкологической патологией на стоматологическом приеме, включая предраковые состояния, 7,4% врачей отметили, что к ним обращались пациенты с онкологической патологией, среди врачей половина были врачами-стоматологами-хирургами. В то же время большинство врачей встречались в своей практике с онкологической и предраковой патологией (79,5%). Относительно структуры встречающейся онкологической патологии чаще всего были ответы: рак (35,7%), лейкоплакия (32,9% опрошенных), красный плоский лишай (6,4%). Среди ответов относительно встречаемости рака ответы «рак дна полости рта» встречались в 10,0% от общего количества случаев рака), рак языка – в 34,0%, рак губы – в 14,0%, рак нижней челюсти – в 2,0%), рак слизистой оболочки рта – в 40,0%). Относительно общего количества ответов по встречаемости онкологической патологии указанная локализация рака соответствовала 3,6%, 12,1%, 5,0%, 0,7%, 14,3%.

Анкетный скрининг пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме показал следующие результаты. Проанализированы 574 анкеты, среди которых возрастные группы 18—39 лет, 40—59 лет, 60—79 лет были близки по количеству (соответственно 154, 224 и 196 человек). Среди опрошенных были 354 женщины, 220 мужчин: в возрасте 18—39 лет 82 женщины и 72 мужчин, в возрасте 40—59 лет — 116 и 108, в возрасте старше 60 лет — 101 и 95 соответственно. Опрос проводился в следующих медицинских организациях стоматологического профиля: ГАУЗ МО «Красногорская стоматологическая поликлиника им. Л.Ф. Смуровой», ГАУЗ МО «Домодедовская стоматологическая поликлиника», ГАУЗ МО «Балашихинская стоматологическая поликлиника №1», ГАУЗ МО «Подольская стоматологическая поликлиника», АНО «Электростальская стоматологическая поликлиника», ГАУЗ МО «Щелковская стоматологическая поликлиника». Полученные анкеты анализировали как по каждому вопросу, так и особенно подробно по вопросам, имеющим прямое отношение к риску развития онкологической патологии. Анализ регистрации того или иного ответа на вопросы проводился по половозрастным группам и в целом по обследованным, включая расчет групп высокого и очень высокого риска развития онкологической патологии.

Выводы: Результаты проведенного анкетного опроса среди врачей стоматологов позволил сформировать ряд мероприятий направленных на повышение онкологической настороженности на амбулаторном приеме. Так были разработаны тематические обучающие семинары и научно-практические конференции. В алгоритм осмотра пациента была включена медицинская услуга «аутофлуорисцентная стоматоскопия» по программе обязательного медицинского страхования.

Внедрение анкетного скрининга, позволило выявить пациентов, которые входят в группу риска развития онкологической патологии слизистой оболочки полости рта и губ. Тем самым были определены показания для проведения онкоскрининга (аутофлуорисцентной стоматоскопии). Данный алгоритм позволяет диагностировать предраковые и раковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ на ранних стадиях и своевременно направить пациента для специализированного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Курбанов Х.А., Салахиддинов К.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Развитие деструктивных изменений в печени при холестазе механической природы связывают с нарушением циркуляции желчных кислот, токсическим действием на гепатоциты компонентов застоя желчи и проникновением их в общий кровоток, что вызывает торможение тканевого дыхания, разрушение липидных мембран клеток и субклеточных структур и возникновение деструкции печеночных клеток. Людей, страдающих механической желтухой (МЖ), следует относить к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений, а летальность достигает 10-34,4%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается ликвидировать до операции.

Цель исследования - оценить эффективность методов декомпрессии в лечении больных с СМЖ для определения алгоритма лечебной тактики у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. При обследовании у 161 (41,4%) пациентов выявлена ЖКБ, холедохолитиаз, у 80 (20,6%) — рак головки поджелудочной железы, у 31 (8%) — острый панкреатит, отечная форма, у 27 (7%) — ПХЭС, холедохолитиаз, у 16 (4,1%) — опухоль ворот печени, у 12 (3,1%) — доброкачественные стриктуры холедоха на фоне ЖКБ, острый калькулезный холецистит; стриктуры холедоха на фоне ПХЭС, стриктуры билиодigestивного анастомоза, стриктуры холедоха на фоне бессимптомного холецистолитиаза и острый холангит — у 8 (2%); стеноз papilla Vateri, метастатическое поражение печени и камень культи желчного пузыря — у 6 (1,5%) пациентов. Женщин было 276 (71%), мужчин — 113 (29%). Более 60% больных составили лица старше 60 лет. Для диагностики МЖ, сопутствующих заболеваний и оценки степени декомпенсации различных органов и систем было выполнено 976 различных инструментальных исследований (в среднем по 5,8 исследования на одного пациента).

Результаты клинического исследования. Специфические проявления для синдрома механической желтухи — желтушность склер и кожного покрова — выявлены у 83% пациентов, потемнение мочи и ахолия кала — у 40%, боли и чувство тяжести в правом подреберье и в верхней половине живота — у 87%, у 61% выявлен диспептический синдром (тошнота, сухость или горечь во рту, изжога, отрыжка, снижение аппетита, изменение характера стула). Кожный зуд с характерными расчесами на теле наблюдался у 19% больных, а повышение температуры тела — у 13%. Диагностическая программа включала традиционное лабораторное исследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), чрескожно-чреспеченочную холангиографию.

Диагностические методы позволили выявить причину обструкции желчного дерева, уровень и степень окклюзии, при опухолевом поражении — стадию процесса (отдаленные метастазы, инвазию в сосудистые структуры).

Вывод. Механическая желтуха требует уточнения причин ее развития. Комплексное обследование больного с СМЖ указанными методами позволяет произвести точную диагностику патологии, определить дифференциальную тактику лечения больных и выставить аргументированные показания к эндоскопическому и оперативному лечению больных с целью устранения причины механической желтухи и восстановлению пассажа желчи. В лечении необходимо использовать двухэтапную тактику. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая может стать методом выбора оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняют после нормализации функций печени.

Выбор способа дренирования следует основывать на локализации процесса, топографо-анатомических особенностях билиарной системы. При опухолях желчного пузыря или вне-печеночных желчных протоков методом выбора является чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование под контролем УЗИ или рентгеновского наблюдения. Эндоскопические способы показаны при патологии головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Холецистостомия или холангиостомия применимы в тех же ситуациях при технической невозможности эндоскопического дренирования.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Курбанов Х.А., Салахитдинов К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время, благодаря двухэтапной методике лечения, с использованием миниинвазивных технологий, хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов сопровождается уровнем осложнений не более 30%, летальностью 2,5-3,7%.

Устранение ведущего патогенетического фактора основного заболевания, осложненного механической желтухой - повышенного внутрипузырного и внутрипротокового давления - позволяет купировать клинические и воспалительные проявления болезни, подготовить больного и выполнить второй, основной этап хирургического лечения в сравнительно безопасном периоде, когда при плановой операции стараются устранить причину, вызвавшую механическую желтуху.

Цель исследования. - Улучшить непосредственные результаты лечения больных с синдромом механической желтухи путем оптимизации комплексного применения миниинвазивных вмешательств.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач произведен ретро- и проспективный анализ диагностических и лечебных манипуляций у 128 пациентов, госпитализированных с синдромом механической желтухи различной этиологии, на основании чего был разработан алгоритм диагностики и лечения с использованием миниинвазивных методов

Для проведения исследования, в зависимости от применяемых методов диагностики и лечения, нами были сформированы, стандартизованные по возрасту и полу, 2 группы пациентов основная (n = 98) и сравнения (n = 30)

Результаты клинического исследования. Анализируя данные применения ультразвука в диагностике механической желтухи в обеих группах, чувствительность метода составила 90,0 - 96,94%, что совпадает с данными других авторов.

В основной группе (n = 98) ЭРХПГ была выполнена у 76 (77,55%) В целом причина обструкции желчных путей была выявлена у 67 (88,16%) Исходя из полученных данных, диагностическая точность ЭРХПГ у пациентов с неопуховым поражением билиарного тракта достигала 95,08%, а при опухолевом поражении отмечалось ее снижение до 66,66%

На следующем этапе выполнялась ЭПСТ (n = 44), а при ее невозможности - ЭСПХДА (n = 4) После чего, в 44 случаях (91,7%) отмечено значительное улучшение состояния пациентов, а так же купирование симптомов механической желтухи.

В основной группе больных (n=98) чрескожные лечебно-диагностические вмешательства были выполнены у 49 больных.

Показанием к чрескожной- чреспеченочной холангиографии в нашем исследовании рассматривалась прежде всего техническая невозможность, неинформативность и наличие противопоказаний для ретроградного контрастирования желчной системы.

Контрастирование гепатикохоледоха при ЧЧХГ было достигнуто у всех 49 пациентов Изолированно ЧЧХГ выполнялась у 4 больных, у остальных она являлась первым этапом наружного дренирования желчной системы Исходя из полученных данных, диагностическая точность ЧЧХГ независимо от патогенеза достигает 100%.

Уровень обструкции был установлен у всех 49 больных, что вместе с ранее проведенной ЭФГДС и ЭРХПГ позволило точно определить масштаб опухолевого поражения, и помогло определить объем оперативного вмешательства дооперационно.

В основной группе общий койко-день в группе больных с желтухой неопухового генеза в среднем составил $16,17 \pm 0,83$ дней (a = 6,57), тогда как в подгруппе больных с желтухой опухолевого генеза — $34,47 \pm 2,47$ дней (a = 13,52) В группе сравнения общий койко-день в подгруппе с желтухой неопухового генеза в среднем составил $31,84 \pm 2,56$ дней (a = 11,16), а в подгруппе с желтухой опухолевого генеза - $47,18 \pm 2,72$ дней (a = 9,02) Исходя из полученных данных, можно сказать, что показатели общего койко-дня у пациентов из подгруппы с желтухой неопухового (p<0,05) и опухолевого генеза (p<0,05) статистически различны.

В основной группе послеоперационный койко-день в группе больных с желтухой неопухового генеза в среднем составил $10,78 \pm 0,52$ дней (a = 3,67), тогда как в подгруппе больных с желтухой опухолевого генеза - $17,33 \pm 1,03$ дней (a = 5,90) В группе сравнения послеоперационный койко-день в подгруппе с желтухой неопухового генеза в среднем составил $18,32 \pm 1,22$ дней (a = 5,31), а в подгруппе с желтухой опухолевого генеза - $24,70 \pm 2,15$ дней (o = 6,80)

Исходя из полученных данных, можно сказать, что показатели послеоперационного койко-дня у пациентов из подгруппы с желтухой неопухового (T=0,01, p<0,05) и опухолевого генеза (T=0,007, p<0,01) статистически различны.

Вывод. При механической желтухе неопухолевого генеза наиболее эффективными методами диагностики и лечения являются транспапиллярные эндоскопические вмешательства, а при механической желтухе опухолевого генеза - чрескожные методики.

Применение миниинвазивных методик позволяет значительно уменьшить число осложнений у пациентов с механической желтухой (в основной группе у пациентов с желтухами неопухолевого и опухолевого генеза составил 9,52% и 14,29%, а в группе сравнения 15,79% и 36,36% соответственно).

Комплексный подход к диагностике и лечению механической желтухи с применением миниинвазивных технологий позволяет улучшить качество лечения и ближайшие результаты, сократить сроки госпитализации (в основной группе общий койко-день у пациентов с желтухами неопухолевого и опухолевого генеза составил $16,17 \pm 0,83$ и $34,47 \pm 2,47$, а в группе сравнения $31,84 \pm 2,56$ и $47,18 \pm 2,72$ соответственно).

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Курбонов Х.А., Киличев М.Р., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Механическая желтуха зачастую является первым проявлением злокачественных опухолевых заболеваний печени, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка. МЖ значительно утяжеляет состояние пациентов развитием печеночной недостаточности, кровотечений, гнойных процессов в желчных протоках и печени, пшокоагуляции, часто приводит к полиорганной недостаточности, а также ряду других осложнений. Известно, что любая хирургическая операция, выполненная на таком неблагоприятном фоне, сопровождается повышенной частотой осложнений и летальностью. В последние десятилетия в лечебно-диагностических алгоритмах, используемых при синдроме МЖ, активно применяются современные лучевые методы обследования и миниинвазивные технологии дренирования желчных протоков. Ведущие клиники, активно занимающиеся этой сложной патологией, как в России, так и за рубежом, располагают опытом сотен, а то и тысяч подобных наблюдений, позволяющих осуществлять корректный сравнительный анализ используемых технологий в полном соответствии с современными требованиями доказательной медицины.

Цель исследования. Обоснование дифференцированного подхода к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при неоперабельных злокачественных новообразованиях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 298 пациентов с нерезектабельными опухолями ГПДЗ, осложненными механической желтухой.

Результаты клинического исследования. Диагностика характера желтухи, органной локализации опухоли и ее лимфорегионарного или отдаленного распространения, уровня окклюзии желчевыводящих протоков выполнялась в срочном порядке в течение 1-4 суток от момента госагализации. Обследование больных с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны проводилось на основании комплексной диагностической программы, включающей в том числе клиническое и лабораторное обследование, традиционное ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ).

Непосредственная эффективность дренирования желчных протоков с купированием проявлений механической желтухи составила от 83% при ретроградном эндоскопическом дренировании до 93.4% при антеградном дренировании и 100% при хирургических паллиативных эндоскопических операциях с наложением обходных билиодигестивных анастомозов.

В группе I при антеградном внутреннем дренировании частота ранних осложнений составила 5.7% (2 из 35 пациентов), а летальность 2.9% (умерла 1 пациентка). Поздние осложнения в виде рецидива механической желтухи и/или холангита, потребовавшие повторных госпитализаций, встретились у 8 из 35 (22.5%).

Ретроградное эндоскопическое дренирование желчных путей успешно произведено у 220 (83%) из 265 пациентов.

В группе II и III эндоскопическая папиллосфинктеротомия была произведена у 204 больных. Способы выполнения ЭПСТ у этих больных представлены в таблице 9. Следует отметить, что чаще всего ЭПСТ была выполнена типичным канюляционным способом. Атипичная папиллосфинктеротомия выполнялась лишь при нестандартной анатомической ситуации и невозможности канюляционной ЭПСТ.

Вывод. Наиболее важными прогностическим! факторами продолжительности жизни неоперабельных больных с опухолями ГПДЗ являются: размер первичной опухоли и степень физикального статуса по классификации ASA. У больных с опухолью более 45мм и 3-4 степенью физикального статуса по ASA продолжительность жизни, как правило, не превышает 6 мес., в то время как пациенты с меньшими размерами опухоли и сохраненным физикальным статусом (1-2 по ASA) имеют большую продолжительность жизни.

При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 мес. у больных с неоперабельными опухолями ГПДЗ следует отдавать предпочтение МИТ с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи пластикового стента.

ВЫБОР МЕТОДА БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Курбанов Х.А., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на значительный арсенал современных методов исследования, дифференциальная диагностика МЖ сложна, а позднее выявление истинной причины заболевания приводит к задержке выполнения хирургического вмешательства. Диагностические ошибки, допускаемые в 12-38 % наблюдений, способствуют быстрому нарастанию печеночной недостаточности и развитию тяжелых осложнений, таких как гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, приводящие в 14-27 % случаях к летальному исходу. Послеоперационная летальность остаётся также высокой: при неопухоловой желтухе она составляет 6,2-13,6 %, а при опухолевой желтухе - 15—40 % (Котовский А. Е., 2010). Хирургические вмешательства у больных с МЖ, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30 %, что в четыре раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удаётся устранить до.

Достижения в диагностике и лечении этой тяжелой категории больных связаны в первую очередь с внедрением в клиническую практику таких методов исследования, как ультразвуковое сканирование (УЗИ), рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ), эндоскопия, а также современных миниинвазивных технологий

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи путём выбора оптимальных методов билиарной декомпрессии и внедрения в клиническую практику нового способа внутрипротоковой биопсии.

Материалы и методы исследования. Клиническое исследование. За период с 2015 по 2019 г. наблюдали 120 больных с синдромом механической желтухи. В исследование было включено 111 пациентов с синдромом МЖ различного генеза, в том числе первично поступили 99 пациентов в клинику АГМИ. Мужчин было 57 (51,3 %) человек, женщин - 54 (48,7 %). Возраст больных варьировал от 19 до 87 лет, средний возраст составил $65,8 \pm 14,3$ года.

Результаты клинического исследования. Анализ результатов внутрипротоковой биопсии. Из 61 наблюдаемого пациента с механической желтухой различной этиологии, которому выполняли чрескожную чреспечёчную холангиостомию (ЧЧХС), внутрипротоковую биопсию провели у 25 больных.

При выполнении внутрипротоковой биопсии у 23 (92 %) пациентов манипуляция была проведена успешно с получением гистологического материала, достаточного для вынесения морфологического заключения; у 2 (8 %) пациентов забор материала был осуществлён, но его количества оказалось недостаточно для точной постановки гистологического диагноза. У 8 (32 %) пациентов была верифицирована рубцовая ткань жёлчных протоков и поставлен диагноз - стриктура холедоха; у 7 (28 %) пациентов были выявлены дистрофические изменения холангиального эпителия, диагностирован воспалительный процесс и поставлен диагноз — хронический холангит; у 5 (20 %) больных обнаружено прорастание карциномы поджелудочной железы в дистальную часть холедоха; у 3 (12 %) установлен диагноз - аденома жёлчных протоков.

Результаты хирургического лечения. При использовании чрескожной чреспечёчной холангиостомии у больных основной группы зарегистрировали 10 (14 %) интраабдоминальных осложнений, из которых миграцию дренажа наблюдали у 4 (5,6 %) больных, гемобилию выявили у 3 (4,2 %) пациентов, нарушение проходимости дренажа было у 3 (4,2 %) больных в восстановительном периоде (7-14 сутки).

Выводы. Билиарная декомпрессия у больных с синдромом механической желтухи методом чрескожной чреспечёчной холангиостомии, по сравнению с холецистостомией, сопровождается меньшим количеством осложнений (18,2 и 35,3 % соответственно), а также более низкой общей летальностью (на 8,1 %) и послеоперационной летальностью (на 7,6 %).

Объединённый показатель качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде оказался существенно выше у пациентов после билиарной декомпрессии методом чрескожной чреспечёчной холангиостомии по сравнению с холецистостомией: через три месяца - на 15,8 %, через шесть месяцев — на 24,1 %.

Клинико-экономическая эффективность чрескожной чреспечёчной холангиостомии с целью билиарной декомпрессии у больных с синдромом механической желтухи на 6,6 % выше аналогичного показателя при холецистостомии (коэффициент соотношения «стоимость — эффективность» составил 61,94 и 54,31 соответственно).

МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Курбанов Х.А., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время. Людей, страдающих механической желтухой (МЖ), следует относить к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений, а летальность достигает 10-34,4%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удастся ликвидировать до операции. Развитие деструктивных изменений в печени при холестазе механической природы связывают с нарушением циркуляции желчных кислот, токсическим действием на гепатоциты компонентов застоя желчи и проникновением их в общий кровоток, что вызывает торможение тканевого дыхания, разрушение липидных мембран клеток и субклеточных структур и возникновение деструкции печеночных клеток.

Цель исследования. Оценить эффективность методов декомпрессии в лечении больных с СМЖ для определения алгоритма лечебной тактики у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. При обследовании у 161 (41,4%) пациентов выявлена ЖКБ, холедохолитиаз, у 80 (20,6%) — рак головки поджелудочной железы, у 31 (8%) — острый панкреатит, отечная форма, у 27 (7%) — ПХЭС, холедохолитиаз, у 16 (4,1%) — опухоль ворот печени, у 12 (3,1%) — доброкачественные стриктуры холедоха на фоне ЖКБ, острый калькулезный холецистит; стриктуры холедоха на фоне ПХЭС, стриктуры билиодигестивного анастомоза, стриктуры холедоха на фоне бессимптомного холецистолитиаза и острый холангит — у 8 (2%); стеноз papillaFateri, метастатическое поражение печени и камень культи желчного пузыря — у 6 (1,5%) пациентов. Женщин было 276 (71%), мужчин — 113 (29%). Более 60% больных составили лица старше 60 лет. Для диагностики МЖ, сопутствующих заболеваний и оценки степени декомпенсации различных органов и систем было выполнено 976 различных инструментальных исследований (в среднем по 5,8 исследования на одного пациента).

Результаты клинического исследования. Специфические проявления для синдрома механической желтухи — желтушность склер и кожного покрова — выявлены у 83% пациентов, потемнение мочи и ахолия кала — у 40%, боли и чувство тяжести в правом подреберье и в верхней половине живота — у 87%, у 61% выявлен диспептический синдром (тошнота, сухость или горечь во рту, изжога, отрыжка, снижение аппетита, изменение характера стула). Кожный зуд с характерными расчесами на теле наблюдался у 19% больных, а повышение температуры тела — у 13%. Диагностическая программа включала традиционное лабораторное исследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), чрескожно-чреспеченочную холангиографию.

Диагностические методы позволили выявить причину обструкции желчного дерева, уровень и степень окклюзии, при опухолевом поражении — стадию процесса (отдаленные метастазы, инвазию в сосудистые структуры).

Выводы. Механическая желтуха требует уточнения причин ее развития. Комплексное обследование больного с СМЖ указанными методами позволяет произвести точную диагностику патологии, определить дифференциальную тактику лечения больных и выставить аргументированные показания к эндоскопическому и оперативному лечению больных с целью устранения причины механической желтухи и восстановлению пассажа желчи. В лечении необходимо использовать двухэтапную тактику. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая может стать методом выбора оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняют после нормализации функций печени.

Выбор способа дренирования следует основывать на локализации процесса, топографо-анатомических особенностях билиарной системы. При опухолях желчного пузыря или вне-печеночных желчных протоков методом выбора является чрескожночреспеченочное наружно-внутреннее дренирование под контролем УЗИ или рентгенотелевидения. Эндоскопические способы показаны при патологии головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Холецистостомия или холангиостомия применимы в тех же ситуациях при технической невозможности эндоскопического дренирования.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Курбанов Х.А., Киличев М.Р., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Ведущими клиническими учреждениями накоплен большой опыт чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем, отработано их применение в клинической практике, и они, в какой-то степени, стали рутинными.

Осложнения после чрескожного эндобилиарного дренирования при механической желтухе, по данным различных авторов, отмечаются у 2,4–32,7 % пациентов, и умирает от них от 0,4 до. Такие большие различия в показателях непосредственных результатов ЧЧЭВ под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем свидетельствуют об отсутствии единого подхода к тактическим и техническим аспектам этих вмешательств и о необходимости разработки стандартизированных показаний к использованию конкретных миниинвазивных методик. Считается целесообразным определение их преимуществ и недостатков при различных видах холестаза и локализации обструкции в желчных путях.

Цель исследования. Обоснование миниинвазивных операций желчеотведения при механической желтухе опухолевого генеза.

Материалы и методы исследования. Операции антеградного чрескожного транспеченочного желчеотведения в АГМИ выполняются с 2018 года. Практически с момента начала применения ЧЧЭВ под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем при механической желтухе опухолевого генеза проводились исследования по оптимизации техники ЧЧЭВ и определению рациональных схем предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

Результаты клинического исследования. Технически успешно выполнить наружную чрескожную чреспеченочную холангиостомию под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем удалось у всех больных.

Осложнения при стентировании желчных протоков отмечены у 26 больных, что составило 6,8 %. Самым частым из них был острый послеоперационный панкреатит, который развился у 15 пациентов. У 10 больных с высокими показателями гипербилирубинемии отмечены признаки печеночной недостаточности на уровне печеночной комы II степени. После стентирования желчных протоков умер 1 больной, у которого был рак головки поджелудочной железы IV стадии и множественные метастазы в кости. Смерть наступила от массивного желудочно-кишечного кровотечения на фоне острого эрозивно-язвенного поражения желудка и крайне резко выраженной коагулопатии потребления, гипокоагуляции. Всего после выполнения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем умерли 2 больных (табл. 2). Общая послеоперационная летальность после ЧЧЭВ составила 0,14 %.

Практически у всех больных, которым выполнялось стентирование желчных протоков, отмечалась гиперамилаземия. Повышение уровня α -амилазы в крови было более выраженным и отмечалось в течение более длительного времени при использовании самораспаковывающихся никелид-титановых стентов. Почти все случаи острого послеоперационного панкреатита, отмеченные в послеоперационном периоде, относились к начальному этапу применения для СЖП таких эндопротезов. В последующем у всех пациентов, которым выполнялось стентирование желчных протоков, в схему послеоперационного ведения обязательно включали сандостатин или его аналоги, а также ингибиторы протеиназ. Сандостатин применяли по 0,1 мг подкожно 3 раза в день, при повышении уровня α -амилазы в крови свыше 300 Ед/л, а также в случаях баллонной пластики холедоха разовую дозу сандостатина повышали до 0,3 мг. Указанную терапию проводили в течение 3–4 сут., в течение которых происходило полное раскрытие стента.

Для предотвращения обтурации просвета стента сгустками желчи и кристаллами желчных кислот вследствие сладжирования желчи, всем больным с установленными эндопротезами пожизненно назначали препараты урсодезоксихолевой кислоты по 250 мг 1 раз в день.

Выводы. В настоящее время выполнение чрескожных чреспечёночных эндобилиарных вмешательств под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем является эффективным и наиболее частым методом лечения больных с механической желтухой.

Непрерывное совершенствование специального инструментария и применение новых материалов для эндобилиарных катетеров и стентов привело к тому, что использование чрескожных чреспеченочных способов билиарной декомпрессии, особенно при злокачественных опухолях, сопровождается сравнительно невысоким уровнем осложнений и летальности.

РАЗРАБОТКА ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАДОННЫХ ФОРМАХ РУБЦОВЫХ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ

*Мадазимов М.М., Асханов З.П., Абдукадиров Д.А., Назиров С.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. При обширных ожогах, занимающих более 30% поверхности тела, всегда имеются и ожоги кистей.

Ожоги кисти в числе повреждений составляют 5,1-6,5%. Деформации кисти после ожогов возникают у 40-50% больных, в 22,5% наблюдений они становятся причиной инвалидности. Поэтому одной из самых актуальных и сложных проблем реабилитации обожженных является восстановление функции кисти.

Сложное анатомическое строение и функция, многообразие развивающихся изменений в виде сгибательных контрактур пальцев, повреждения сухожильного разгибательного аппарата, а также рубцовой деформации тыльной поверхности кисти, осложненной разгибательными контрактурами суставов, сочетающимися с рубцовыми синдактилиями, являются причиной неудовлетворительных результатов лечения. После применяемых традиционных способов хирургического лечения отмечается значительное число рецидивов.

Это обстоятельство побудило нас искать новые пути решения данной проблемы.

Для этой цели мы разработали способы пластики ладонных форм контрактур кисти полнослойным кожным аутоотрансплантатом.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах оперированных 23 больных ладонными контрактурами кисти, находившихся на лечении на базе отделения реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанского вилоята за период 2015–2018гг. В случаях, когда пальцы приращены к ладонной поверхности кисти, по естественным складкам проводится поперечный разрез через всю ладонь с развилками по краям. Разрез проходит на уровне головок пястных костей, позволяя устранить сгибательную контрактуру пястно-фаланговых суставов. Вторым разрезом очерчивают возвышение большого пальца до полного высвобождения движений I пястной кости. В последующем всю рану закрывают полнослойным кожным аутоотрансплантатом кожи с небольшим числом перфорационных отверстий, нанесенных кончиком скальпеля.

После широкой мобилизации краевых донорскую рану закрывают местными тканями с помощью атравматических швов (Prolen № 0).

Адаптация лоскутов и посаженного полнослойного аутоотрансплантата происходит в течение 3-х недель.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты изучены у 23 из 18 (78,3%) больных. У 16 (88,8%) больных получены хорошие функциональные и эстетические результаты. У 1 (5,6%) больного достигнуты удовлетворительные результаты за счёт частичного лизиса трансплантата. У 1 (5,6%) больного неудовлетворительные результаты в послеоперационном периоде, т.е. наступил очаговый некроз трансплантата вследствие образования гематомы под ним.

Выводы. Для пластики рубцовых поражений при ладонной форме контрактуры кисти при использовании разработанного нами способа пластики ладонной поверхности полнослойным аутодермотрансплантатом позволяет добиться удовлетворительных функциональных и эстетических результатов почти в 90 % случаев.

РОЛЬ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Мадазимов М.М., Абдукадиров Д.А., Салахитдинов К.З., Киличев М.Р., Курбанов Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Послеоперационные осложнения со стороны операционной раны остаются актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. По данным авторов эвентрации составляет 0,3-3,0 %, вентральные послеоперационные грыжи - 2,0-15,9 %, лигатурные свищи - 1,0-5,7 % от выполненных вмешательств. Одним из способов снижения данного вида осложнений является использование современных шовных материалов. На сегодняшний день большинство хирургов

придают большое значение проблеме выбора шовного материала и внимание к данному вопросу обуславливается тем, что исходы любой операции во многом зависят от качества, структуры шовного материала и характера его взаимодействия с окружающими тканями. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения в виде воспалительных осложнений со стороны операционной раны могут быть обусловлены неадекватным выбором и свойствами шовного материала, наиболее важными из которых являются состав, прочность нити на разрыв, капиллярные и манипуляционные свойства. Современные шовные материалы не обладают капиллярными или гидрофильными свойствами. При любом оперативном вмешательстве развивается воспаление, которое сопровождается отеком тканей. Эластичные нити, такие как современные атравматические синтетические нити, растягиваются с увеличением объема ткани, захваченной в шов, неэластичные, как шёлк — прорезают ткань. Ушивание тканей с использованием нити всегда сопровождается их травматизацией. Поэтому одним из важных свойств шовного материала является минимальная травма («эффект пилы») применяемой нити. В связи с этим применение атравматических синтетических рассасывающихся и нерассасывающихся нитей при ушивании операционной раны снижает количество послеоперационных осложнений со стороны операционной раны.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с заболеваниями органов брюшной полости путём использования современных шовных материалов.

Материалы и методы исследования. С 2015 по 2019 годы в 1-ом хирургическом отделении клиники АГМИ было прооперировано 778 больных с различными заболеваниями органов брюшной полости. 458 больным операционная рана была ушита послойно синтетическими атравматическими рассасывающимися и нерассасывающимися нитями Vicryl 3-0 b Prolen 3-0 и 4-0. У 320 пациентов рана ушивалась кетгутом 2-0 и шёлковыми нитями 3-0. В группе больных у которых использовали синтетический шовный материал заживление операционной раны без осложнений наблюдалось в 453 (98,9) случаях, в 5 (1,1%) случаях наблюдались осложнения в виде послеоперационных грыж. У больных 2-ой группы, которым операционная рана ушивалась кетгутом шёлковыми нитями количество осложнений выглядело следующим образом: у 11 (3,4%) пациентов осложнений в виде эвентрации, вентральные грыжи образовались в 27 (8,2%) случаях, лигатурные свищи наблюдались в 10 (3%) случаях.

Выводы:

1. Современные хирургические рассасывающиеся шовные материалы сохраняют оптимальные механические свойства при нахождении в агрессивной биологической среде, что позволяет использование данного шовного материала в абдоминальной хирургии.
2. Использование современных синтетических рассасывающихся шовных материалов при ушивании лапаротомных ран снижает местную воспалительную и аллергическую реакции макроорганизма на нить, а также создает благоприятные условия для регенерации тканей и заживления раны первичным натяжением.
3. Применение данной концепции при вмешательствах в абдоминальной хирургии снижает риск послеоперационных осложнений со стороны операционной раны с 8,2 до 1,1 %.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

*Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У., Абдукадиров Д.А., Асханов З.П.
Андижанский государственный медицинский институт
Многопрофильный медицинский центр Андижанской области*

Актуальность. Тяжесть последствий глубоких обширных ожогов усложняет реабилитацию из-за распространенности рубцового процесса и недостатка неповрежденной кожи для пластики, а именно грудной части туловища.

Применяемые в настоящее время традиционные методы лечения недостаточно эффективны, часто дают рецидивы в виде деформации молочной железы, причем преимущественное использование какого-либо одного способа не позволяет выявить преимущества и недостатки других.

Цель исследования. Изучение результатов лечения больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями области передней грудной стенки с целью профилактики вторичных осложнений.

Материалы и методы. Для выбора оптимального способа хирургической коррекции рубцовых деформаций молочной железы необходимо иметь ясное представление о локализации рубцов, их распространенности, глубине поражения мягких тканей и анатомических особенностях пораженного региона туловища.

В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области за 2016-2020 годы оперированы 16 больных с рубцовыми деформациями области передней грудной стенки. Больным со свежими рубцами до и после операции проводили консервативную терапию с целью ускорения «созревания» рубца.

Когда площади здоровой кожи было недостаточно для широкой мобилизации и растяжения тканей, у 16 больных использовали 20 экспандеров. Величина, количество и расположение их определялось площадью рядом расположенной неповрежденной кожи.

Площадь рубцового дефекта составляла 100-400 см². В области грудной стенки экспандеры имплантировали подфасциально с одной (12 больным) или с двух (4 больным) сторон от дефекта.

По мере достижения запланированного прироста площади кожи над экспандером больных госпитализировали и выполняли второй этап операции.

У 11 больных растянутые ткани перемещали на дефект путем "скольжения" без выкраивания лоскутов или дополнительным разрезом выкраивали лоскуты у 5 больных.

Баллоны у этих больных имплантировали после очищения ран, что контролировалось взятием мазка из них. После достижения спланированного прироста площади кожи, вторым этапом удаляли экспандер, иссекали изъязвленные рубцы и закрывали образовавшуюся рану предварительно растянутыми тканями. Больным в до- и послеоперационном периоде проводили региональную лимфатическую антибиотикотерапию.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты, прослеженные у 15 из 16 больных, показали, что у 12 из 15 больных получены хорошие функциональные и косметические результаты, у 2 больных результат расценен как удовлетворительный, так как отмечался избыточный рост послеоперационных рубцов по краю перемещенных лоскутов. У одного больного результат оценён как неудовлетворительный из-за расхождения краев раны.

Заключение. Данным способом в 1-2 этапа можно устранить рубцовый массив и восстановить кожный покров в области передней грудной стенки. Экспандеры можно имплантировать с одной или – двух сторон от дефекта. В последующем выращенные ткани перемещаются на рану в виде лоскута или цельного пласта.

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ

Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема имеет двойственный характер, так как с одной стороны проведения эффективной антибиотикопрофилактики, снижающей гнойно-воспалительные осложнения при пластических операциях, проводящихся, как правило, в условиях дефицита пластического материала, безусловно, необходимо для избежания потери пересаженных тканей. С другой стороны, чрезмерно широкое, бесконтрольное назначение антибиотиков, без какого-либо положительного клинического эффекта, часто приводит к увеличению числа аллергических и токсических реакций, росту госпитальной инфекции, увеличению стоимости лечения. Поэтому многие авторы считают необходимым назначать антибиотики, только при наличии показаний, с учетом лабораторных и клинических данных.

Цель исследования. Разработка патогенетического способа антибактериальной терапии гнойно-некротических осложнений последствий ожогов, основанного на создании в региональной лимфатической системе длительно удерживаемых терапевтических концентраций антибактериального препарата, что обеспечивает нормализацию микроциркуляторных расстройств, максимальную эффективность проводимой антибактериальной терапии, ускорение регенерации, сокращение сроков лечения.

Материалы и методы исследования. Данная цель достигается за счет осуществления насыщения лимфатической системы региона поражения антибактериальным препаратом, вводимым на фоне региональной химической лимфостимуляции, которая приводит к перераспределению основного потока жидкости в микроциркуляторной системе в сторону корней лимфатической системы и обеспечивает поступление введенного антибиотика в лимфатическую систему. Основным является многогранное влияние региональной лимфатической терапии.

Во-первых, лимфостимуляция обеспечивает коррекцию микроциркуляторных нарушений, что в свою очередь улучшает обменные процессы на клеточном уровне. Во-вторых, антибиотик, вводимый региональным лимфатическим путем, создает в лимфатической системе региона длительно удерживаемые терапевтические концентрации, что обеспечивает полный контакт с микробным агентом в очаге инфекции и необходимую экспозицию для оказания максимального воздействия.

В-третьих, антибиотик депонируется в региональных лимфатических узлах и за счет медленного тока лимфы постепенно вымывается в кровоток, где оказывает вторичное воздействие уже общего характера.

Способ предлагаемого лечения гнойно-некротических осложнений в хирургии последствий ожогов заключается в следующем: кожа основания кожно-жирового или кожно-фасциального лоскута с учетом особенностей лимфооттока от данного региона двукратно обрабатывается йодом и спиртом. Строго подкожно вводится химический лимфостимулирующий препарат в разовой дозе (к примеру: гепарин, лидаза, в дозировках, используемых для региональной лимфатической терапии). Не вынимая иглы, через 3-5 минут необходимых для начала процесса стимуляции лимфатического дренажа, вводится разовая официальная доза выбранного антибактериального препарата. На место введения накладывается полуспиртовый компресс на 6-8 часов. Манипуляция выполняется ежедневно. На курс лечения 4-6 сеансов.

У каждого конкретного больного при выполнении манипуляции подбор региона воздействия осуществлялся с учётом сегментарного оттока лимфы от различных регионов организма.

В целях изучения эффективности региональной лимфатической терапии нами у 236 больных после различных операций, у которых за день до операции и в раннем послеоперационном периоде проводилась РЛТ и контрольная группа – 76 больных, у которых проводилась традиционная восстановительных и пластических операций проведены исследования. Они были разделены на 2 группы. Основную группу составили 160 антибиотикотерапия внутримышечным способом.

Показания к региональной лимфокоррекции. Показания к региональной лимфокоррекции обширны. Сосудистыми, нервными, обменными и иммунологическими нарушениями. Региональная коррекция лимфообразования и лимфотока может быть использована после восстановительных и пластических операций, сопровождающихся

Лимфогонные препараты для региональной лимфокоррекции, предложенные Республиканским Центром клинической лимфологии Узбекистана. Из антибиотиков использованы: пенициллин, оксациллин, ампициллин, гентамицин в разовых дозировках, 1 раз в сутки.

Результаты. В послеоперационном периоде в основной группе больных, которым проводилась лимфатическая терапия, краевой некроз лоскута наступил у 6 (3,7%) больных, лизис трансплантата у 2 (1,25%), нагноения ран наблюдались также у 2 (1,25%) больных, что составило 6,2%.

В контрольной группе некроз лоскута возник у 8 (10,5%) больных, лизис трансплантата у 2 (2,6%) и нагноение раны в 2 (2,6%) случаях.

Вывод. Таким образом, применение разработанных способов хирургического лечения, а также региональной лимфатической терапии в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов способствовало уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений от 15,7 % до 6,2%, т.е. более чем в 2 раза.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ

*Мадаминова Н.Э., Улмасов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Несмотря на достаточность методов лечения и лекарственных средств уровень диагностики и эффективности лечения остаётся низкой. В результате несвоевременного определения болезни возникают офтальмоневрологические осложнения.

Цель исследования. Оценка эффективности антисептического лекарственного средства Декосан при современной диагностике и лечении больных сфеноидитом.

Задачи исследования. Применение антибактериального средства Декосан для проведения эффективного лечения. Оценка эффективности лечения при применении современных методов лечения.

Материалы исследования. За период написания диссертации в 2017-2020 гг. в отделении отоларингологии клиники АГМИ наблюдались 34 больных сфеноидитом и 29 из них лечились консервативно, из 34 больных 18 были женщины, 16-мужчин. Использование современных методов диагностики как КТ, МРТ и ЛОР комбайна при сфеноидите. Введение универсального антисептического средства Декосан, используя специальный зонд, внедренный в практику через естественную щель основной пазухи. Целью уменьшения последствий зондирования основной полости явилось осуществление данной процедуры через ЭОП. Применение антисептического средства Декосан через нос при помощи ингаляционного аппарата Ulizer home. Зондирование через естественную щель основной полости для диагностических и лечебных целей. Больные сфеноидитом составили 18% всех больных с воспалениями околоносовых пазух, обращенных для лечения в отделение отоларингологии клиники АГМИ. Из 34 больных, находившихся под нашим наблюдением, лишь у 2 (5,9%) определили сфеноидит и у 32 больных (94,1%) - другие формы синусита. Основную группу больных составляли больные от 21 до 50 лет - 61,8 %.

Выводы. При современной диагностике сфеноидита КТ, МРТ и эндоскопия носа являются высокоэффективными. Зондирование основной полости через ЭОП уменьшает последствия процедуры. Промывание через зондирование основной полости декосаном, а также применение его в форме ингаляции с целью современного и эффективного лечения сфеноидита дало хороший результат у 93.3% больных. При лечении сфеноидита эффективность декосана намного выше эффективности других антибактериальных средств.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ

*Мамадалиев М.М., Урманбаева Д.А.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Современная лечебная тактика при первично-операбельном раке молочной железы (I-II стадий) предусматривает хирургическое лечение в объеме органосохраняющей операции. В случае противопоказаний к органосохраняющему лечению (мультицентрический рост опухоли, признаки внутрипротокового роста значительной протяженности, невозможность проведения послеоперационной лучевой терапии) выполняется модифицированная радикальная мастэктомия ± одномоментная реконструкция.

Основной критерий радикализма органосохраняющей операции – отсутствие элементов опухоли по линии резекции. Если размер опухоли не позволяет выполнить органосохраняющую операцию с приемлемым косметическим результатом, возникает необходимость неоадъювантной химиотерапии. Её вариант выбирается с учетом гистологических и иммуногистохимических характеристик опухоли. Органосохраняющая операция признается адекватным вариантом местного лечения только в сочетании с лучевой терапией.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты лечения пациенток с резектабельными формами рака молочной железы (РМЖ) после проведения адъювантной химиотерапии (АХТ) на основе препаратов таксанового ряда, в зависимости от распространенности процесса и молекулярно - генетического подтипа опухоли.

Материалы и методы исследования. В исследование включена 71 пациентка в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст составил 43 года). Распределение по стадиям заболевания представлено следующим образом: I стадия - 9 пациенток, IIА ст - 21, IIВ ст - 12, IIIА ст - 19 и IIIС ст - 10 пациенток. Люминальный тип А опухоли диагностирован у 13 пациенток (18%), люминальный В - 14 (20%), HER2-тип - 14 (20%), triple-negative - 30 (42%).

Всем пациенткам в первом этапе комбинированного лечения выполнялось хирургическое вмешательство в объеме: радикальной мастэктомии по Маддену/ радикальной резекции/ подкожной мастэктомии. Через 4-6 недель после хирургического лечения пациенткам начиналось проведение АХТ по одной из альтернативных схем: АТ, ТАС или АС-Т. Далее при наличии показаний выполнялась дистанционная лучевая терапия с последующей гормонотерапией и/или терапией трастузумабом.

Результаты исследования. В настоящее время под наблюдением находится 58 пациенток, завершивших весь комплекс лечения. Период наблюдения составляет от 3 месяцев до 6 лет. Без признаков прогресси-рования заболевания находится 6 из 7 пациенток при I стадии заболевания, 12 из 14 - при IIА ст, 8 из 11 - при IIВ ст, 8 из 16 - при IIIА ст и 3 из 6 - при IIIС стадии заболевания. В большинстве случаев прогрессирование наступало в течение года после окончания лечения за счёт появления отдаленных метастазов. При этом следует отметить, что практически все спрессиовавшие пациентки с III стадией заболевания (т.е. при поражении 4 и более регионарных л/у) относились к неблагоприятным с прогностической точки зрения молекулярно - генетическим подтипам РМЖ (люминальный тип В, HER2-тип и triple-negative) и использование таксанов в данной ситуации не привело к улучшению отдаленных результатов лечения по сравнению со стандартными антрациклиновыми режимами.

Вывод. Промежуточный анализ исследования демонстрирует обнадеживающие результаты лечения у пациенток с прогностически неблагоприятными формами РМЖ в случае локализованного заболевания (при поражении менее 4 л/у), чего нельзя сказать о более распространенном процессе.

ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамадалиев М.М., Урманбаева Д.А., Тошгозиева М.Р.

*Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Рак молочной железы является самым распространенным раковым заболеванием женщин в Германии и во всем мире. Ежегодно в Германии им заболевают около 48.000, причем в 10% случаев важную роль играет наследственность. Начиная с 40-го года жизни, повышается риск развития заболевания.

Мы предлагаем цифровую рентгеновскую маммографию, т. к. при этом требуется намного меньшая доза облучения по сравнению с обычной маммографией. Томосинтез груди – один из новейших методов – позволяет осуществить самый точный объемный анализ изменений тканей молочных желез.

Цель исследования: Изучить диагностические особенности цифровой маммографии рака молочной железы.

Материал и методы исследования: Нами было исследовано на цифровом маммографе Senographe DS фирмы General Electric (USA) 100 пациенток как бессимптомных, так и предъявляющих различные жалобы (на боли, уплотнения). У 42 пациенток при применении CAD выделялась область изменений в одной либо двух проекциях.

Результаты: У 50 женщин из 100 были выявлены сгруппированные микрокальцинаты. Рентгенологическая картина трактовалась как крайне подозрительная на рак. У 4 из них верифицирован рак молочной железы. У остальных 4-х гистологически были обнаружены следующие изменения: пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии – 2, пролиферативная ФКМ с формированием внутрипротоковых папиллом – 1, склерозирующий аденоз -1. Во всех этих наблюдениях CAD точно “обводил” зону микрокальцинатов. В случаях асимметрии плотности, перестройки структуры CAD также идентифицировал зону интереса. НЕ было проблем с идентификацией узловых образований в виде различной формы тени (как доброкачественного, так и злокачественного характера). В небольшом проценте наблюдений CAD выделял “зону повышенного внимания” только в одной проекции и при прицельной маммографии вопрос о патологическом очаге снимался, так как участок полностью изменял свои характеристики.

Вывод: Computer assisted diagnosis цифровых маммограмм улучшает выявление и интерпретацию микрокальцинатов и других структурных изменений. Он позволяет повысить точность диагностики и уменьшить число напрасных операций. Это практически автоматизированное “двойное” чтение маммограмм.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ TORCH-ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Мамадалиева М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Torch-инфекции, являясь одним из важнейших патогенных факторов, приводящих к различным заболеваниям женской половой сферы, становятся частой причиной развития патологии беременности, неблагоприятных исходов родов и заболеваемости новорожденных. Результаты исследования Н.Е. Кана (2004) свидетельствуют об увеличении в 2 раза частоты внутриутробных инфекций за последние 5 лет. При этом преобладающими возбудителями антенатальной патологии являются микоплазмы и вирусы (ЦМВ, ВПГ, энтеровирусы).

У 40% беременных женщин в развитых странах определяются специфические антитела к ЦМВИ. Заражение женщины ЦМВ - инфекцией в период беременности представляет особую опасность для плода с развитием внутриутробной инфекции в 40-50% случаев. Риск поражения плода у беременных женщин с хроническим латентным течением ЦМВИ значительно ниже.

Цель исследования. Изучить распространение ЦМВИ в структуре Torch-инфекций у женщин детородного возраста в г. Андижана.

Материалы и методы исследования. В иммунологической лаборатории Центра по профилактике СПИД и инфекционных заболеваний методом иммуноферментного анализа, в 2019 году, обследовано 383 женщин репродуктивного возраста, находящихся под наблюдением в женской консультации.

Результаты исследования. Из них у 343 (89,5%) были выявлены антитела к различным патогенным микроорганизмам. Моноинфекция встречалась в 22,42% случаев, mixed - инфекция в различных сочетаниях в 77,58% случаев. При этом 4 маркера встречались у 17,3% , 3 у 23,9%, 2 у 22,3% беременных.

Данные показатели высокого инфекционного индекса свидетельствуют о высокой частоте перенесенных инфекций, среди которых наибольшее значение имеет вирусная инфекция герпес-группы, которой свойственна персистенция возбудителя в организме. Учитывая возможность ante- и интранатального внутриутробного инфицирования, мы проанализировали различные сочетания маркеров TORCH - КОМПЛЕКСА.

Наши данные согласуются с результатами исследования Савичевой А.М. (2008), которая указывает на наличие специфических IgG антител к токсоплазме у 37-45 % беременных женщин и специфических антител к токсоплазме класса IgM - в 0,25 % случаев, низкоавидных IgG - в 1,2 %.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации в нашем регионе за период 2017-2019 гг. выявил высокий процент беременных (94,7 %), имеющих иммунитет к вирусу герпеса 1, 2 типа. При этом почти каждая вторая беременная (38,742,3 %) имеет высокоавидные IgG антитела к вирусу простого герпеса 2 типа и каждая третья (30,6-32,9 %) - к

токсоплазмам. За последние 5 лет установлен рост числа беременных, имеющих иммунитет к вирусу краснухи (от 69 % до 88 %) и цитомегаловирусу (от 69,3 % до 82,3 %).

Риск первичного инфицирования токсоплазмозом остается стабильно высоким (у 65,4-67,5 % беременных), равно как и вирусом простого герпеса 2 типа (у 49,9-55,6 %). При этом риск первичного инфицирования плода герпесом 1, 2 типа довольно низок (5,3 %). Обращает на себя внимание возрастание риска первичного инфицирования вирусом краснухи - от 9 до 13 % и цитомегаловирусом - от 4 до 11 %. Именно этим женщинам показаны повторные серологические исследования в каждом триместре беременности.

Вывод. Для выявления группы риска очень важно проводить обследование женщин, планирующих беременность. Наиболее реально обследование беременных на ранних сроках беременности, при постановке на учет в женской консультации.

ДИАГНОСТИКА TORCH-ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мамадалиева М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время на фоне низкого уровня младенческой смертности в нашей стране сохраняется высокая заболеваемость в структуре инфекций, специфических для раннего неонатального периода, среди которых лидирующую позицию занимают внутриутробные инфекции. Внутриутробное инфицирование плода и новорожденного играет существенную роль в развитии инфекционно-воспалительных заболеваний.

Цель исследования. Уточнить понятия: внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция. Ознакомить врачей-неонатологов, педиатров, детских инфекционистов, акушеров и гинекологов с вариантами реализации внутриутробного инфицирования во внутриутробную инфекцию, на современном уровне изложить вопросы патогенеза, клиники, лечения, диагностики и профилактики рассматриваемой темы.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами был проведен обзор отечественных и зарубежных источников литературы рассматриваемой проблемы, что позволило обобщить особенности клинико-лабораторных проявлений внутриутробных инфекций. Выделить основные этапы лабораторной диагностики: антенатальная; ранняя (доклиническая) в момент рождения ребенка; диагностика ВУИ при появлении клинических признаков.

Результаты и обсуждение. В основе косвенных методов диагностики лежит изучение состояния здоровья матери – определение характера инфекции, иммунного ответа, метаболических сдвигов в организме. К этим методам относятся микробиологический (бактериоскопическое, бактериологическое, электронно-микроскопическое, вирусологическое исследование биопроб материнского организма); метод иммуноферментного анализа (ИФА) (выявление специфических IgM и IgG); метод иммунофлюоресценции; метод молекулярной гибридизации (идентификация строго определенного фрагмента ДНК или РНК); ультразвуковой, а также биохимические методы (определение С-реактивного белка, pH влагалища и цервикального канала, α1-протеиназы, α2-глобулина плазмы, фибриногена). Косвенные методы диагностики позволяют поставить предположительный диагноз. У беременной, роженицы, родильницы исследуются слюна, отделяемое из носа, зева, кровь, моча, отделяемое и соскоб из шейки матки, уретры, влагалища.

Обнаружение специфических IgG антител в сыворотке крови, исследованной до или в первые дни после контакта с соответствующим инфекционным агентом, свидетельствует о ранее перенесенной инфекции или иммунизации, однако не позволяет определить, когда это первичное инфицирование произошло. Как правило, выявление специфических IgM антител и появление IgG антител у ранее серонегативных беременных свидетельствует о развитии первичной инфекции. При некоторых инфекциях диагностически значимое возрастание в динамике титра IgG и появление IgM может указывать на реактивацию инфекции во время беременности. Для доклинической диагностики ВУИ объектами исследования в момент рождения ребенка являются аспират из глотки, желудка, отделяемое из конъюнктивы, ушей, периферическая кровь (определение содержания общего белка и его фракций, острофазовых показателей, иммуноглобулинов А, М, G, С-реактивного белка), моча, меконий, спинномозговая жидкость, послед (гистологическое и микробиологическое исследование).

В диагностике ВУИ большое значение имеет идентификация возбудителей у матери, а также в околоплодных водах, плаценте, тканях плода и новорожденного. В качестве скрининг-тестов следует использовать микроскопическое исследование мазков околоплодных вод и желудочного содержимого новорожденного. При исследовании мазков, окрашенных по Граму, обнаружение в поле зрения 4-х и более лейкоцитов, а также грамтрицательной микрофлоры свидетельствует о высокой степени инфицированности новорожденного.

При проявлении клинических признаков ВУИ у новорожденных диагноз подтверждается: 1. Выделением возбудителя из биологических сред (кровь – респираторные вирусы, парвовирус В19, цитомегаловирус, бактерии; моча – цитомегаловирус, вирус краснухи, микоплазмы; смывы носоглотки – вирусы краснухи, герпеса, энтеровирусы, респираторные вирусы; желудочное содержимое и фекалии – энтеровирусы, вирусы краснухи, бактерии; содержимое везикул – вирус герпеса; цереброспинальная жидкость – вирусы краснухи, герпеса, цитомегаловирус, энтеровирусы, микоплазмы). 2. Данными серологических исследований в динамике у матери и ребенка.

Поскольку IgM не передаются трансплацентарно, появление у новорожденного специфических IgM антител к тому или иному возбудителю отражает собственный иммунный ответ ребенка на внутриутробное инфицирование. IgG, полученные от матери, быстро разрушаются, поэтому исчезновение этих антител при динамическом наблюдении за ребенком говорит об отсутствии у него инфицирования. Уровень специфических IgG антител у новорожденного, превышающий таковой у матери, и сохранение высокого уровня антител у ребенка старше 6-8 месяцев свидетельствует о перенесенной им инфекции. В диагностике ВУИ применяются и другие серологические методы, такие как реакция нейтрализации, реакция торможения гемагглютинации, РПГА, латекс-агглютинация, иммунный блоттинг, иммунофлюоресцентный, радиоиммунологический. Обязательны осмотр окулистом и проведение ультразвукового исследования головного мозга, а также органов брюшной полости. Лечение детей, страдающих ВУИ, должно быть

комплексным, дифференцированным и проводится с использованием методов как специфической, так и неспецифической терапии.

Вывод. Представленная статья позволит врачам профильных специальностей систематизировать для себя такие понятия, как внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция, ориентироваться на особенности патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций, что позволит снизить заболеваемость, смертность в структуре инфекций, специфических для раннего неонатального периода, а также рост инвалидизации среди детей раннего возраста по причине данной патологии.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ ВА САРАТОН КАСАЛЛИКЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКА ТЕКШИРУВЛАРИ ЁРДАМИДА АНИҚЛАШ БЎЙИЧА ЯГОНА ДАСТУРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

*Мамарасулова Д.З., Исакова Д.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти*

ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили ушбу неоплазманинг 370000 янги ҳолатлари ташхисланади. Россияда сўнгги йилларда бундай ўсма 10.8 да 100 минг аёл аҳоли даражасида бўлиб, 10000 аёллар учун 5 та ўлим; морбиддик ва ўлимнинг ўзига хос оғирлиги 5,4% ва 4,8% , морбиддик ва ўлим даражаси 52% (Автандилов Г.Г, Глукова Ю. К., Преобразженская Т. М. 2004) ташкил қилган эди. Тақдим этилган маълумотлар бачадон бўйни саратонидан жуда юқори ўлим кўрсаткичини кўрсатади.

Сўнгги йилларда бачадон бўйни саратонининг умумий пасайиши фонида, бир қатор мамлакатларда янги ҳолат – касалликнинг ўсиши (нисбий ва мутлақ), хусусан, ёш фаол меҳнатга лаёқатли ёшдаги ўсиш аниқланди.

Биз колпоскопик ва цитологик диагностика усуллари билан бир нукта тизимини, жумладан, сўровнома орқали саратон ва саратон олди касалликларига юқори эҳтимоллик кузатилган шахсларни танлаш усули комбинацияси асосида, бачадон саратони скринингининг ягона тизимини ишлаб чиқдик.

Усулдан фойдаланиш учун кўрсатмалар:

- 18 ва ундан юқори ёшдаги аёллар;
- * жинсий йўл билан ўтадиган касалликлар тарихи бўлган аёллар;
- * қайта ҳомила туширилган тарихи бўлган аёллар;
- * туғруқ вақтида эрта бошланган жинсий ҳаёт ва бачадон шикастланиши бўлган аёллар;
- * цервикал рак олди ва фон касалликлари учун даволаш қилинган аёллар;
- жинсий йўллардан патологик оқим (қонли, оқ беторат);
- * пастки соҳаси қорин оғриғи, орқа бел соҳаси, ташқи оралик ;
- * умумий ҳолатнинг бузилиши;
- * камқонлиги номаълум келиб чиқиши кузатилган аёллар.

Ёшни ҳисобга олган ҳолда бачадон бўйни саратони учун хавф омилларининг ҳар бир комплексини таҳлил қилиш, бачадон бўйни саратони эҳтимоллигининг субъектив ва объектив белгиларини аниқлаш, бачадон бўйни саратони билан оғриган беморлар контингентига уларнинг тарқалиш тезлигини аниқлашни таҳлил қилиш асосида кўриб чиқилаётган омилларни баҳолашнинг шартли нукталари аниқланди. Юқори, ўрта ва паст даражада - қайта ишлаш балли умумлаштирилди, натижасига асосан, бемор касаллиги уч қадриятда бачадон бўйни саратони эҳтимоллиги даражаси белгилари аниқланиши мумкин. Бачадон бўйни саратонини аниқлаш эҳтимоллиги юқори ва ўртача бўлган беморлар шифокор тавсия этилган усул бўйича мажбурий мақсадли цитологик ва биопсия билан колпоскопияга юборилади. Агар бундай текширув вақтида беморда бачадон бўйни саратони ёки рак олди касалликлари аниқланса, у ҳолда даволаниш масаласини ҳал қилиш учун бемор саратон диспансерига юборилади.

Клиник хизмат моделларида ишлаб чиқилган бачадон бўйни саратони ягона скрининг тизими самарадорлигини баҳолаш 2,3 ва 2,1 марта навбат асосида саратон ва рак олди цервикал касалликларини аниқлаш кўрсаткичларининг яхшиланганлигини кўрсатди. Саратон ёки рак олди бачадон касалликлари аниқланмаган колпоскопиядан ўтган аёллар касалликнинг дастлабки йили давомида 1 ойда бири марта 6 - бачадон бўйни саратони ривожланиш хавфи юқори бўлган беморлар сифатида кейинги диспансер назорати учун гинекологга қайтади. Клиник хизмат шароитида ташхис морфологик текшириш учун моддий мақсад билан колпоскопик тизим - саратон скрининг ижтимоий ташкилий шаклининг ягона модели эди. Даволаш вақтида вақтни қамайтириш воситаси диагностика юқори информацион усуллари ёрдамида аниқ ташхис қўйиш учун тақдим этилади. Умуман олганда, тадқиқотларимизда бачадон бўйни саратони профилактикаси бўйича ташкилий чора-тадбирлар тизимини ишлаб чиқишда услубий ёндашув алгоритми шакллантирилди.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЯИЧНИКОВ

*Мамарасулова Д.З., Валидова А.Ф., Мирзаев Х.М., Маматкулов О., Камилова З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность Светлоклеточные карциномы яичников представляют собой особый гистологический тип эпителиальных новообразований, характеризующийся крайне агрессивным клиническим и биологическим течением. Светлоклеточный рак — очень редкое заболевание, однако, в настоящее время в мире накоплен достаточный опыт, касающийся диагностики, лечения и прогнозирования этой патологии яичников.

Цель. Изучение особенностей клинического течения светлоклеточной аденокарциномы яичников

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 96 больных со светлоклеточными злокачественными опухолями яичников из ретроспективного анализа, при котором изучалось течение болезни и результатов

лечения, которые находились на диспансерном учете в отделении онкогинекологии Андиганского филиала РСНПМЦОР с 2000 по 2019 годы.

Результаты и обсуждения. Первую группу (препараты пересмотрены согласно классификации ВОЗ 1999 год, Женева) составили 71 больная с чистой формой светлоклеточной аденокарциномы яичников. Во вторую группу включены 25 пациенток со смешанной злокачественной опухолью яичников с обязательным наличием в них светлоклеточного компонента. Средний возраст больных в первой группе составил $52,2 \pm 1,2$ года, во второй группе — $54,4 \pm 1,8$ года.

При анализе больных светлоклеточным раком яичников и смешанными формами злокачественных опухолей яичников с учетом возраста выявлено,

47 что наиболее часто эти заболевания встречаются в возрасте от 51 до 60 лет (данные, полученные в I группе, достоверны: $p < 0,005$).

У больных злокачественными светлоклеточными новообразованиями яичников чаще всего наблюдалось повышение СА-125 более 200 МЕ/мл: 43,2% больных в I группе и 50% пациенток — во II группе. Максимальный уровень СА-125 в нашем исследовании составил 1150 МЕ/мл. Двухсторонний плеврит вообще не встречался у больных смешанными злокачественными опухолями яичников. Однако односторонний плеврит был выявлен у 4 (16%) больных, имеющих этот диагноз. У больных светлоклеточным раком яичников односторонний и двухсторонний плевриты встречались с одинаковой частотой — в 3 (4,2%) случаях. Для смешанных форм оказалось характерным наличие одностороннего плеврита (16%) (таб. 17).

Асцит был диагностирован у 45 (63,3%) больных в I группе. Из них геморрагический асцит был выявлен у 4 (8,8%) пациенток и серозный асцит — у 41 (91,4%) больных. Во II группе асцит наблюдался у 20 (80%) пациенток: у 6 (24%) больных — геморрагический асцит и у 14 (76%) — серозный асцит.

Вывод. Смешанные формы светлоклеточных злокачественных новообразований яичников имеют более благоприятное клиническое течение, чем чистые формы светлоклеточных аденокарцином яичников.

ОГРАНИЧИТЕЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

*Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.
Андиганский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Хит современной трансфузионной медицины - менеджмент крови пациента (МКП). Основанный на доказательствах, междисциплинарный подход к оптимизации лечения пациентов, которым может понадобиться переливание крови. МКП охватывает все аспекты обследования и лечения пациента, окружающие процесс решения о гемотрансфузии, включая применение надлежащих показаний, а также минимизацию кровопотери и оптимизацию массы эритроцитов пациента. МКП может снизить потребность в переливании компонентов аллогенной крови и уменьшить расходы на здравоохранение, обеспечивая при этом доступность компонентов крови для пациентов, которым они необходимы. В Клинике АГМИ эта деятельность развивается с середины 2017 года.

Правила назначения компонентов крови совершенствуются по мере появления новых доказательств, технологий и собственного опыта:

- в 2019 году целевое значение для переливания плазмы МНО было увеличено с 1,5 до 1,6; целевую концентрацию гемоглобина у пациентов с клиническими признаками анемии или сопутствующим заболеванием понизили с 55 г/л до 50 г/л, а в качестве целевых показателей переливания плазмы учитывалось значение общего белка, а в качестве целевых показателей переливания тромбоцитарной массы значение тромбоцитов в крови.

Цель работы: оценить медико-экономическую эффективность ограничительной стратегии переливания крови

Материалы и методы. Изучены отчеты о клинической работе и переливании крови в Андиганском Областном Центре Переливания Крови в 2015-2019 годах. Данные исследованы с помощью дескриптивных статистик и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. В 2019 году по сравнению с 2015 годом средняя продолжительность стационарного лечения сократилась на 27,9 %, а летальность — на 72,1%. Доля реципиентов эритроцитов среди пациентов стационара в 2019 году впервые сократилась менее 4%. Доля реципиентов плазмы в период наблюдения сократилась на 85,3%. Количество эритроцитов, перелитых в расчете на 1000 операций, сократилось в 2015-2019 гг. на 45,8 %, а плазмы — на 98,2. Соотношение количества перелитых доз эритроцитов и плазмы в 2015-2019 году увеличилось на 32-50 % и достигло значения 6,7.

Заключение.

Таким образом, менеджмент крови пациента включает следующие элементы:

- обновляемые доказательные правила переливания компонентов крови;
 - выбор лучших компонентов крови (взвешивающие растворы, лейкодеплеция, аферез, плазма мужчин, инактивация патогенов);
 - аудит переливания крови трансфузиологическим комитетом;
 - диагностический мониторинг потенциальных реципиентов компонентов крови с использованием вискозиметрических тестов;
 - интраоперационная реинфузия, ограничение дооперационного резервирования аутологичной крови;
 - лекарственные альтернативы переливанию крови (концентрат протромбинового комплекса, транексамовая кислота, стимуляторы гемопоэза, препараты железа);
 - общеклиническая нацеленность на шадящую хирургию, снижение кровопотери, обеспечение гемостаза;
- Тем самым уменьшается трансфузионная нагрузка на пациента.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ И КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ АППЛИКАЦИИ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ КРОВОПОТЕРЮ

*Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Цель исследования: оценить эффективность местного применения транексамовой кислоты на послеоперационную кровопотерю при кардиохирургических операциях с искусственным кровообращением.

Материалы и методы: 3 группы кардиохирургических больных, оперированных с АИК.

1 группа (АКК): постоянная инфузия 15 г аминокaproновой кислоты, 5 г в АИК.

2 группа (ТК1): нагрузочная доза транексамовой кислоты 15 мг/кг за 20 минут с последующей постоянной инфузией 1 мг/кг/час. 400мг в АИК.

3 группа (ТК2): нагрузочная доза транексамовой кислоты 15 мг/кг за 20 минут с последующей постоянной инфузией 1 мг/кг/час. 500мг в АИК, дополнительно 1000 мг местная аппликация за грудину перед сведением и выдержкой 15-20 минут до включения дренажей.

Оценка кровопотери: объём интраоперационной кровопотери, объём Cell-sever, темп послеоперационной кровопотери на 2-ой, 4-ый, 6-ой и 16-ый час после операции, суммарный объём послеоперационной кровопотери.

Результаты.

Интраоперационная кровопотеря составила: АКК – 600мл, ТК1 – 600мл, ТК2 – 800 мл; $p < 0,05$. Достоверных различий между группами не выявлено. Объём Cell-saver составил: АКК - 300мл, ТК1 – 200 мл, ТК2 – 180 мл.

Темп послеоперационной кровопотери на 2-ой час составил: АКК – 30мл/ч, ТК1 – 37,2 мл/ч, ТК2 – 20 мл/ч. $p < 0,05$, достоверных различий между группами не выявлено.

Темп кровопотери на 4ой час снизился и составил: АКК – 22,5 мл/ч, ТК1 – 18 мл/ч, ТК2 – 12 мл/ч. Выявлено достоверное различие между группами АКК и ТК2, $p < 0,05$.

Темп кровопотери на 6ой час составил: АКК – 20,5 мл/ч, ТК1 – 16,5 мл/ч, ТК2 – 8 мл/ч. Выявлено достоверное различие между группами АКК и ТК2, $p < 0,05$.

Темп кровопотери на 16-ый час составил: АКК – 10 мл/ч, ТК1 – 7мл/ч, ТК2 – 8,5 мл/ч. Достоверных различий между группами не выявлено, $p < 0,05$.

Суммарная средняя послеоперационная кровопотеря составила: АКК – 280мл, ТК1 – 240мл, ТК2 – 160мл. Выявлено достоверное различие между группами АКК и ТК2, $p < 0,05$.

Выводы: Местная аппликация транексамовой кислоты за грудину перед её сведением и выдержкой 15-20 минут до включения дренажей достоверно уменьшает темп кровопотери на 4ый и 6ой час после операции и, как следствие, общий объём послеоперационной кровопотери.

КОРРЕКЦИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В РАННЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С. Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Проблема интенсивной терапии панкреонекроза - одна из наиболее сложных и актуальных. Гемодинамические нарушения появляются на ранних стадиях и сопровождают все периоды заболевания. Наиболее же глубокие изменения происходят на уровне микроциркуляторного русла, что способствует снижению тканевой перфузии, формирует полиорганную недостаточность. Общепризнанным элементом терапии панкреонекроза является необходимость реологической коррекции.

Цель исследования — изучить эффективность реамберина для коррекции нарушений реологии крови у больных с панкреонекрозом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов с панкреонекрозом в возрасте от 25 до 80 лет. На фоне полного комплекса интенсивной терапии панкреонекроза для коррекции микроциркуляторных расстройств больным назначался реамберин внутривенно по 500 мл 1 раза в сутки.

Для оценки состояния больных и эффективности реологической терапии использован комплекс методов исследования: динамическая регистрация показателей кровообращения (АД, ЧСС, ЦВД, ЭКГ), кислотно-щелочного состояния, гематологических показателей (Hb, Ht, тромбоциты); пульсовая оксиметрия, коагулограмма - протромбиновый индекс— ПТИ, содержание фибриногена (Ф).

Клинико-лабораторное обследование было поэтапным: 1 этап — состояние при госпитализации; 2 этап — до введения реамберина; 3 этап — через 12 ч после инфузии реамберина.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в отделение анестезиологии-реаниматологии у всех больных имелись признаки повышенной тромбоопасности: повышение ПТИ и укорочение скорости свёртывания крови. Ввиду проводимой гемодилюции мы наблюдали снижение значений гемоглобина и гематокрита. Исходный средний уровень Hb составил $188,9 \pm 5,2$, Ht - $51,1 \pm 2,2$. Через 12 ч после начала интенсивной терапии эти показатели снижались до $148,3 \pm 6,0$ и $41,5 \pm 2,3$, что соответствовало оптимальным реологическим условиям. Содержание тромбоцитов коррелировало с проведением гемодилюции, снижаясь по сравнению с исходным, но не опускаясь ниже нормы. Динамика показателей свертывания крови характеризовалась сохранением в пределах нормальных значений времени начала свертывания при наличии тенденции к увеличению времени окончания и общей продолжительности свертывания, т.е. происходило замедление образования сгустка, что в сочетании с поддержанием хорошей периферической циркуляции является положительным фактором профилактики тромбообразования.

Показатели коагуляционного звена свертывающей системы крови (ПТИ, содержание фибриногена в крови) на всех этапах исследования оставались в пределах нормальных значений. Фибриноген в исследуемой группе снизился на 8% (с 471 ± 30 до 462 ± 38 мг%). ПТИ был в пределах от 85 до 95, время свертывания крови в пределах от 3^{15} до 5^{20} .

Выводы. Применение реамберина позволяет купировать нарушение реологии крови в виде снижения факторов агрегации, оптимизации уровня спонтанной агрегации тромбоцитов и степени адгезии лейкоцитов, что позволяет рекомендовать реамберин для коррекции микроциркуляторных расстройств у больных с острым панкреатитом.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВОДНЫЙ БАЛАНС В ЛЕЧЕНИИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Летальность при остром панкреатите, несмотря на достижения в этой области в последнее десятилетие, составляет в среднем 25—35%, достигая при панкреонекрозе 50—60%.

Инфузионная терапия при острых панкреатитах является «краеугольным камнем» интенсивной терапии в ферментативной фазе. Первые 5 дней после развития заболевания рассматривается как «терапевтическое окно» во время которого агрессивная инфузионная терапия приводит к восстановлению макро- и микроциркуляции. С другой стороны многочисленные исследования показывают, что положительный водный баланс ассоциируется с отеком внутренних органов, нарушением органных функций с развитием гипо- и гипернатриемии, гиперхлоремического ацидоза и связан с высоким риском смерти. Таким образом, до сих пор остается нерешенным вопрос относительно оптимального объема инфузионной регидратационной терапии при острых панкреатитах на ранних этапах.

Цель. Проанализировать влияние положительного водного баланса при проведении инфузионной терапии у пациентов в ферментативной фазе острого панкреатита на параметры центральной гемодинамики. Провести оценку натриемии, измененной кислотно-основного состояния, микроциркуляции по уровню лактата артериальной крови, показателя PaO_2/FiO_2 как критерия ОРДС при синдроме «капиллярной утечки».

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов с острыми панкреатитами, находившихся на лечении в Клинике АГМИ. Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, хроническими заболеваниями легких, мочевыделительной системы.

Средний возраст пациентов составил 52 (30;80) года, из них женщин – 21 (41%), мужчин-29 (59%).

Проводили подсчет внутривенной инфузионной терапии, физиологических и патологических потерь за сутки и вычисляли суточный баланс жидкости в течение 4 суток госпитализации. Оценивали неинвазивное артериальное давление (АД), центральное венозное давление (ЦВД), пульс по картам интенсивной терапии. Результаты лактата артериальной крови, натрия, хлора, pH, PaO_2/FiO_2 получены на аппарате ABL800 FLEX фирмы RADIOMETR.

Результаты и обсуждение. Инфузионная терапия проводилась всем пациентам растворами кристаллоидов, аминокислот и жировых эмульсий в центральные вены.

У всех 50 пациентов наблюдался положительный водный баланс, который в среднем составил за 4 суток 1425 мл.

Водный баланс в мл 1 сутки 500 (-200;1500), 2 сутки 150 (-750;1000) 3 сутки 500 (-350;1000) 4 сутки 275 (-600;1200) Итого за 4 суток 1425. Не отмечалось статистически значимых изменений параметров центральной гемодинамики: АД, ЦВД, пульса.

Уровень лактата артериальной крови составил – 0,91 (2; 0,65) ммоль/л, т.е. находился в пределах нормы.

PaO_2/FiO_2 – 276 (264;283) мм.рт.ст, имел статистически значимое увеличение ($p>0,05$) при минимально положительном (150 мл) суточном водном балансе на 2 сутки. Уровень натрия, хлоридов, pH оставался в течение 4 суток в пределах нормы.

Выводы:

1. Положительный кумулятивный баланс инфузионной терапии 2875 мл за первые 4 суток пребывания в реанимационном отделении не вызывает значимых изменений центральной гемодинамики (АД, пульс, ЦВД).

2. Нормальные показатели натрия, хлоридов, pH крови указывают на нормоволемию при проведении регидратации.

3. Полученные показатели лактата указывают на отсутствие выраженных изменений микроциркуляции при данном положительном водном балансе.

4. Имеется статистически значимое ($p>0,05$) увеличение показателя PaO_2/FiO_2 при минимально положительном суточном балансе (150 мл), что свидетельствует об улучшении оксигенации.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

*Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Диагностика туберкулеза глаз представляет определенные трудности и требует комплексного обследования больного. Определение активности процесса при туберкулезе глаз является сложной диагностической задачей. Полиморфизм клинических проявлений, отсутствие патогномоничных симптомов, характерных для этого заболевания, неспецифические изменения, сопутствующие туберкулезному процессу, при отсутствии возможности выделить ВК из тканей глаза в значительной степени затрудняют раннюю диагностику специфического процесса. Тщательное всестороннее обследование направлено на выявление активного внеглазного туберкулезного очага, что особенно важно для подтверждения туберкулезно-аллергической природы глазного процесса. При диагностике

гематогенно-диссеминированного (метастатического) туберкулеза обнаружение активного внеглазного туберкулеза или его следов может служить одним из косвенных доказательств туберкулезной этиологии глазного процесса.

Цель исследования – изучить методы диагностики туберкулеза глаз у детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о методах диагностики туберкулеза глаз у детей.

Результаты исследования. При подозрении на туберкулез глаза и его придаточного аппарата в первую очередь необходимо тщательно собрать анамнез для выявления контакта с туберкулезным больным, перенесенным в прошлом внеглазном туберкулезе.

Проводят флюорографическое, а при показании рентгенологическое исследование органов грудной клетки с целью обнаружения активных туберкулезных изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах или следов перенесенного туберкулеза.

Обследование состояния периферических лимфатических узлов.

При показаниях проводят УЗИ брюшной полости, консультация педиатра.

Исключение других хронических инфекций: сифилиса, токсоплазмоза, бруцеллеза, ревматизма, саркоидоза, вирусных заболеваний (постановка реакции Бюрне, ревматической пробы, РСК с токсоплазмином, реакции Вассермана).

Иммунодиагностика, которая проводится *in vitro* и основана на выявлении в крови больных детей гуморальных и клеточных антител к туберкулину. На результат иммунологического исследования влияют характер и стадия развития воспалительного процесса в глазу и предшествующее лечение, особенно кортикостероидная терапия. Иммунодиагностика проводится до туберкулиновых проб и не ранее чем через месяц после окончания кортикостероидной терапии.

Туберкулинодиагностике придается большое значение в этиологической диагностике увеитов, кератитов, склеритов. При туберкулезе глаз у детей проводят кожные туберкулиновые пробы: накожную пробу Пирке, градуированную накожную пробу Гринчар - Корпиловского, пластырную пробу, внутрикожную пробу Манту, градуированную пробу Манту, ускоренную реакцию Манту.

До реакции Манту и далее через 24, 48 и 72 ч после ее постановки оценивают функции глаза, измеряют внутриглазное давление (проба Мексиной), производят офтальмоскопию и биомикроскопию. Четыре раза в день измеряют температуру тела больного. Обязательно производят клинический анализ крови, определение белковых фракций крови и иммунологические реакции.

Через 2 ч после постановки реакции Манту определяют слепое пятно (проба Самойлова) и скотому в поле зрения. Определяют количество эозинофилов крови (проба Михайлова). Общая реакция организма на пробу Манту выражается в недомогании, повышении температуры, изменении формулы крови и др.

Очаговая реакция может проявиться снижением остроты зрения, увеличением скотомы и слепого пятна, повышением внутриглазного давления, увеличением преципитатов, увеличением помутнения стекловидного тела и отека или экссудации в области хориоретинального очага, увеличения или появления кровоизлияний в сетчатку в области хориоретинального очага при его геморрагической форме.

Заключение. Таким образом, для этиологической диагностики туберкулеза глаз у детей необходимо провести комплекс инструментальных, клинических и иммунологических исследований.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Своевременное лечение туберкулеза глаз у детей является актуальной проблемой, в связи с возможным развитием слепоты и слабовидения.

Цель исследования – изучить вопросы лечения туберкулеза глаз у детей и провести их анализ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные для анализа методов лечения туберкулеза глаз у детей.

Результаты исследования. Туберкулез глаз лечат антибактериальными препаратами; хронические и вялотекущие процессы - в сочетании с туберкулинотерапией, иммуномодуляцией и симптоматическим лечением.

При лечении проводят химиотерапию. По силе антимикробного действия противотуберкулезные препараты делятся на три группы:

1 группа - сильные - изониазид, рифампицин.

2 группа - средние - этамбутол, стрептомицин, этионамид, канамицин, циклосерин, флоримицин, протинамид, пиразинамид.

3 группа - умеренные - ПАСК, тибон.

Всю суточную дозу препаратов вводят однократно (1 раз в сутки), если больной ее хорошо переносит. При плохой переносимости суточную дозу можно делить на 2-3 приема (в основном это касается ПАСК, этионамида, пиразинамида, тибона, циклосерина).

Основной курс лечения зависит от формы и тяжести заболевания.

При геморрагических хориоретинитах и перифлебитах с кровоизлияниями сразу начинать химиотерапию нельзя, так как противотуберкулезные препараты сами по себе ослабляют сосудистую стенку. Необходимо вначале в течение 2-3 недель провести курс ангиопротективного лечения: 10% хлорид кальция внутривенно; антигистаминные препараты и 5% аскорбиновая кислота внутримышечно; дицинон: парабульбарно по 0,5 мл № 10-15, внутримышечно по 2,0 мл № 15 или внутрь по 0,25 раза в день; гепарин парабульбарно по 75 ЕД № 5-10. После этого больному назначают изониазид в уменьшенных дозах, постепенно увеличивая до среднетерапевтической. ПАСК назначают не более 6-9 г в сутки, из препаратов 2 группы можно назначить этоксид, этионамид и циклосерин. Тибон противопоказан.

При вялотекущих, хронических процессах стрептомицин не эффективен. Лечение таких форм офтальмотуберкулеза проводят изониазидом, рифадином или ПАСК и препаратами 2 группы в сочетании с туберкулином, гормонами, неспецифическими средствами.

Проводится иммуномодулирующая терапия туберкулеза глаз.

При выраженной экссудации на глазном дне и отсутствии открытой формы туберкулеза показано назначение кортикостероидов внутривенно по пульстерапии.

После проведения активного курса терапии в стационаре больному назначается длительная поддерживающая терапия противотуберкулезными и кортикостероидными препаратами.

Заклучение. Таким образом, особенностями лечения туберкулезных поражений органа зрения являются его продолжительность, комплексность, включение этиотропных и патогенетических препаратов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Туберкулезные поражения глаз — проявление общего инфекционного заболевания организма, длительно протекающего, часто рецидивирующего, приводящего к значительному снижению остроты зрения, а нередко и к его потере.

Цель исследования – изучить классификацию туберкулёза глаз и провести их анализ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные для анализа классификации туберкулёза глаз у детей.

Результаты исследования. Клиническая картина туберкулёза глаз отличается полиморфизмом, отсутствием патогномичных симптомов. Анатомо-физиологические особенности глазного яблока не позволяют применять в клинических условиях микробиологические, гистоморфологические способы верификации туберкулезной инфекции.

На протяжении последних десятилетий в клинике туберкулеза глаз произошли изменения, выражающиеся в утрате специфичности признаков, редкости возникновения типичных форм, преобладании атипичных хронических рецидивирующих поражений.

В соответствии с клинико-патогенетической классификацией по Е.И. Устиновой имеются четыре основные формы туберкулеза глаз:

I. Гематогенные поражения оболочек глазного яблока:

1. Передние увеиты, в том числе с распространением на склеру и роговицу.

2. Периферические увеиты.

3. Хориоретиниты (в том числе с ретиноваскулитами).

4. Генерализованные увеиты (пануеиты).

II. Туберкулезно-аллергические заболевания глаз:

1. Фликтенулезные конъюнктивиты и кератиты (в том числе фасцикулярный кератит, скрофулезный сосудистый паннус).

2. Туберкулезно-аллергические эписклериты, иридоциклиты, хориоретиниты.

III. Туберкулезные поражения защитного аппарата глаза: туберкулез кожи век, конъюнктивы, дакриоцистит, дакриoadенит, остеомиелит орбиты.

IV. Поражения глаз при туберкулезе центральной нервной системы: нисходящий неврит и атрофия зрительного нерва, поражение хиазмы, зрительного тракта и глазодвигательных нервов, застойный диск зрительного нерва.

Наиболее часто встречаются гематогенные (гранулематозные) поражения сосудистого тракта. Они протекают вяло, торпидно, с прогрессирующим нарастанием симптомов воспаления, при этом именно в сосудистом тракте (туберкулезные бугорки), с возможным распространением воспалительного процесса на другие оболочки и структурные элементы глаза: склеру, роговицу, стекловидное тело, сетчатку и ее сосуды, зрительный нерв.

Туберкулезно-аллергические эписклериты, иридоциклиты, хориоретиниты не имеют специфических клинических особенностей и сходны с аналогичными формами токсико-аллергических заболеваний глаз другой этиологии.

Заклучение. Таким образом, в классификации туберкулёза глаз целесообразно отражать этиологию, клиническую форму (по патогенезу), локализацию, клиническое течение и фазу активности воспалительного процесса.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТРАНСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Чернов Д.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Кенжаев Ф.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова

Цель исследования: На основе анализа результатов хирургического лечения больных ИБС осложненной аневризмой левого желудочка (АЛЖ), тромбозом ЛЖ дать оценку специфичности и чувствительности транспищеводной эхокардиографии (ТПЭхоКГ), сопоставить результаты ТПЭхоКГ и трансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ).

Материалы и методы: В исследование включено 78 пациентов ИБС осложненной АЛЖ, тромбозом ЛЖ, прооперированных за период 2015 – 2019гг. в ГУ РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова. Средний возраст больных составил 61,2±8,7лет, мужчин – 65(83,3%), женщин 13(16,7%). Все больные до операции обследованы согласно принятому протоколу, включавшего в том числе ТТЭхоКГ, результаты которой сопоставлялись с результатами интраоперационной ТПЭхоКГ.

Результаты: Хирургическое лечение заключалось в шунтировании коронарных артерий (индекс реваскуляризации $2,7 \pm 1,2$), аневризмотомии, тромбэктомии (при наличии тромба), пластике аневризмы различными методами: D. Cooley – в 57 (73%) случаях, W. Stoney 11 (14,1%), A. Jatene 6 (7,7%), V. Dor – в 4 (5,1%) случаях. При анализе показателей по данным дооперационной ТТЭхоКГ средние значения КДО – $224,5 \pm 39,9$ мл, КСО – $124,4 \pm 26,4$ мл, УО – $100,1 \pm 18,7$ мл, ФВ – $44,8 \pm 4,9$ %. Данные ТПЭхоКГ: среднее значение КДО – $267,2 \pm 52,7$ мл, КСО – $159,3 \pm 38,9$ мл, УО – $107,9 \pm 21,2$ мл, ФВ – $40,8 \pm 5,5$ %. Наличие тромба в аневризме ЛЖ установлено у 49 (62,8%) пациентов по данным ТТЭхоКГ, при сопоставлении результатов с ТПЭхоКГ среди данных пациентов у 6 (12,2%) тромб не обнаружен, в 5 случаях в связи с небольшим объемом аневризмы ЛЖ от пластики последней решено воздержаться. У 8 пациентов при ТТЭхоКГ данных за наличие тромба ЛЖ не выявлено, при этом, интраоперационно по данным ТПЭхоКГ установлено наличие тромба в ЛЖ. С целью предупреждения развития синдрома малого выброса, на основании ТПЭхоКГ высчитывались расчетные индексированные объемные показатели ЛЖ (КДО, КСО, УО), что также влияло на выбор метода пластики ЛЖ после резекции аневризмы. Кроме того, ТПЭхоКГ дает возможность выполнения адекватной деаэрации (профилактики воздушной эмболии) после выполнения основного этапа операции.

Выводы: Применение интраоперационной ТПЭхоКГ у больных ИБС осложненной аневризмой ЛЖ, тромбозом ЛЖ, имеет принципиальное значение при выборе тактики хирургического лечения. Большая специфичность и чувствительность метода позволяют наиболее точно установить факт наличия тромба в ЛЖ. Сопоставление клинико-инструментальных данных в каждом отдельном случае дает основания для выбора оптимального метода выполнения пластики аневризмы ЛЖ. Расчет индексированных объемных показателей ЛЖ при выполнении сложных реконструктивно-восстановительных операций у данной категории больных позволяет прогнозировать осложнения раннего послеоперационного периода.

ИСПОЛЗОВАНИЕ НИТРОКСОЛИНСОДЕРЖАЩЕГО СОРБИРУЮЩЕГО ДРЕНАЖА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мансурова Ф.Х., Халилова Б.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Разработка новых схем лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ОГВЗ ЧЛО) остается по-прежнему актуальной. Это связано во – первых, увеличением количества больных и во – вторых, ростом уровня осложнений, угрожающих жизни больного. Одной из основных причин роста уровня случаев тяжелого течения ОГВЗ и процессов в мягких тканях ЧЛО, являются, с одной стороны, нарушения в характере взаимодействий между микросимбионтами полости рта и микроорганизмом в целом, а с другой увеличением количества антибиотикоустойчивых штаммов микробов, возникающих при применении нерациональной антибиотикотерапии. Применяемые способы введения антимикробных препаратов (инъекции, аппликация) не всегда эффективны или оказывают кратковременное воздействие на возбудителей гнойно-воспалительных и гнойно-септических заболеваний.

Цель исследования. Оценка эффективности влияния нитроксолинсодержащего сорбента – суперсорбицида в комплексе лечения остро - гнойного воспаления в ЧЛО.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами проведено обследование 230 больных с ОГВЗ ЧЛО. В день поступления всем больным произведено вскрытие абсцессов и флегмонов с дренированием, удаление причинных зубов. В комплексном лечении ОГВЗ ЧЛО мы использовали нитроксолинсодержащий суперсорбицид в виде дренажей. Все больные были разделены на четыре группы. Из них каждые группы подразделены на контрольную и опытную подгруппы. В контрольную подгруппу вошли 110 больных (30 с пертоститами, 20 абсцессами, 20-флегмонами и 40 с острыми остеомиелитами, осложненными 20 абсцессами и 20 флегмонами). Больных лечили общепринятыми методами. 120 больных вошли в опытную подгруппу (из которых 30-с периоститами, 25 с абсцессами, 25-с флегмонами и 40 с остеомиелитами, осложненными 20 абсцессами и 20 флегмонами). Для определения и оценки степени эффективности влияния нитроксолинсодержащего сорбента в комплексе лечения, на течение абсцесса в ЧЛО, использовали результаты клинических, лабораторных и бактериологических исследований. Всем больным назначалась общеукрепляющая, десенсибилизирующая и обычная антибактериальная терапия (пенициллин и др.). Результаты наблюдения за больными в динамике показали, что при применении нитроксолинсодержащего сорбента на 3-4 сутки выделений раны исчезали аэробы и анаэробы.

Результаты. В отличие от этого, у больных контрольных групп, клиническое выздоровление наступало медленнее, а выделение микроорганизмов из ран длилось до 5-6 суток. Применяемые нами нитроксолинсодержащие сорбента в комплексном лечении ОГВЗ заболеваний ЧЛО, оказывают противомикробное действие, которое проявилось в исчезновении анаэробных и аэробных микробов в ране.

Вышеуказанные выраженные положительные показатели у основной группы больных при использовании в комплексном лечении суперсорбицида нитроксолином можно объяснить их свойством сорбировать микробы и их токсины на свои поверхности, что приводит к фиксации микробов в резком ограничении поступления в организм бактериальных токсинов. Наряду с этим нитроксолин ингибирует рост аэробных и анаэробных микробов.

Вывод. Таким образом, применение нитроксолинсодержащего суперсорбицида в комплексном лечении больных с ОГВЗ ЧЛО является патогенетически обоснованным и позволяет значительно сократить сроки лечения, повышает его эффективность и уменьшает развития тяжелых осложнений.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ТОҒАЙЛИ ДИСКНИНГ МИКРОСКОПИК ТУЗИЛИШINI ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

*Махкамов Н.Ж., Исраилов Р.И.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги. Бизга маълум адабиётларда умуртқалар ораси дискнинг топографик жиҳатдан гистологик тузилиши ёритилган маълумотлар топилмади. Шу билан бирга, умуртқалар ораси диски худди мойланган зулф кўринишида ишлайди, дирилдоқ ядро амортизация яратиб, умуртқа поғонасига тушадиган оғирликни енгиллаштиради. Замонавий шароитда инсон ҳаётида етарли даражадаги ҳаракатланиш камайиб, умуртқа поғонасига оғирлик тушиши кучайиб, унинг чидамлилиги сусаймоқда. Натижада кўпол ва меъёрсиз ҳаракатланиш оқибатида умуртқа поғонаси симфизининг фиброзли ҳалқаси жароҳатланиб, эластиклиги бузилиб, протрузияга ва чуррага айланмоқда. Умуртқалар ораси дискининг чидамлилиги юқори бўлсада, унинг ўзига яраша нозик томонлари мавжуд. Бу дискда кон айланиш тизимининг йўқлиги. Дискнинг озикланиши диффузия усулида атроф тўқималардан олинади. Фақат инсоннинг умуртқа поғонаси ҳаракатланганда озикланиши кучаяди. Кўпинча фиброз ҳалқаси дегенерацияга учраб, унинг чидамлилиги даражаси бузилади, чўзилади ва протрузияга айланади, агар ёрилса чурра пайдо бўлади. Агар фиброз ҳалқа орқа бўйлама боғлам томонга кенгайса, орқа мия устунини сиқиб қўяди. Агар орқа ва ёнбош томонга чўзилса, умуртқалар орасидан чиқадиган нерв тутамини сиқиб қўяди. Натижада тос, бўкса соҳалари ва оёқда оғриқ пайдо бўлади. Бу текширув ва аниқланган маълумотлар бўйича шу нарсани аниқ айта оламизки, умуртқа поғонаси протрузияси ва чурраларини даволашда албатта патоморфологиясига асосланиб ташхислаш ва даволаш керак.

Материал ва текшириш усуллари. Одам умуртқа поғонаси бел соҳасининг умуртқалар ораси дискини микроскопик жиҳатдан ўрганиш учун ЎзР ССВ Республика патологик анатомия маркази аутопсия бўлимида 30-65 ёшдаги ҳар хил касалликлардан нобуд бўлганлар материали олинди. Умуртқалар ораси дискининг ички, олдинги бўйлама боғлам томондаги юзаси анча қалин ва зич коллаген толаларидан иборат фиброз парда билан ўралган. Бунда бириктирувчи тўқиманинг коллаген толалари зич ва йирик тутамлардан иборат қалин фиброз тўқимани ташкил қилади. Фиброз тўқиманинг ички қисми зич коллаген толалардан иборат, ташқи қисми эса нисбатан сийрак коллаген толали тутамлар орасида шиш ва оралик модда мавжуд. Унинг четки юзаси томоннинг айрим жойларида майда кон томирлар жойлашганлиги аниқланади. Тоғай дискнинг умуртқа суяги қилтикли ўсимтаси ва орқа бўйлама боғлам томондаги юзаси нисбатан юпқа, тахминан 2 баробар юпқа фиброз қатлам билан ўралган. Бунинг ўзига хослиги бириктирувчи тўқима коллаген толалар тутами нисбатан юпқароқ ва сийрак жойлашган, айрим жойларида кон томирлар ўтган каналчалари мавжуд. Умуртқалар ораси дискининг юқори ва пастки умуртқалараро бўғим юзаси томонда умуртқа суягига тигис жойлашган зич тоғай тўқимасидан иборат. Тоғай тўқимаси толали тутамлари параллел ҳолда айлана бўйлаб жойлашган, уларнинг орасида бошқа соҳаларга нисбатан ўлчами майда хондрокитлар ўрин эгаллаган. Тоғайли дискни патоморфологиясини мукамал ўрганишимиз натижаси шуни аниқладики, ҳар бир умуртқа поғонасидаги диск турли юкламалар ҳисобига тузилишини ўзгартириб юбориши аниқланди.

Тадқиқот натижалари: Мазкур ишда одам умуртқа поғонаси симфиз ва тоғайли дискнинг топографик жиҳатдан микроскопик тузилиши ёритилган. Умуртқа поғона синхондрозлари умуртқалар орасидаги симфиз, тоғайли диск, атрофидаги фиброз ҳалқа ва дирилдоқ ядродан иборат. Юқори ва пастки бўғимлар юзасида тоғайли диск умуртқа суяги бўғим юзаси билан зич туташган. Тоғайли дискнинг ички юзаси анча қалин ва зич коллаген толаларидан иборат фиброз юзаси нисбатан юпқа, тахминан 2 баробар юпқа фиброз қатлам билан ўралган. Дискнинг топографик ҳар хил соҳаларида тоғай тўқимасининг гистологик тузилиши турличалиги кузатилди. Четки йўналишда, дирилдоқ ядрога яқин қатламида бетартиб йўналишда жойлашганлиги аниқланди.

Хулоса шуки, умуртқа поғонаси протрузиясини ташхислаш ва даволашда албатта клиник патоморфологик жараёнларни ҳар бир беморда индивидуал ўрганиш керак. Бу эса беморлар саломатлиги учун муҳим бўлиб, аввал таҳлил қилиш, сўнг даволаш яхши натижа ҳамдир. Биз олиб борган тадқиқотда умуртқа протрузияси ва чурраси тўлиқ патоморфологик ўзгаришининг микроскопик тузилишларини ўргандик. Умуртқа поғонаси ёш кексалашган сари ва турмуш тарзидаги турли фаолиятлар натижасида патологик жараёнларининг мураккаблашиши, касалликлар таҳлили ва давосини қийинлаштиради. Шунинг учун умуртқа поғонаси протрузияси ва чуррасида дастлаб беморнинг патоморфологик ўзгаришларини келтириб чиқарувчи омилни аниқлаш, сўнг таҳлил қилиш алгоритмига асосланиб даволаш ишларини олиб боришни тақозо этади.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ПРОТРУЗИЯСИ ВА ЧУРРАСИНИ КЛИНИК МОРФОЛОГИЯСИДА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИНИ АНИҚЛАШ

*Махкамов Н.Ж., Исраилов Р.И.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги: Ҳозирги кунда ҳаракат таянч тизимининг орттирилган нуқсонлари тобора кўпайиб бормоқда. Бу ҳасталикларнинг келиб чиқишига инсонлар ҳаётининг функционал фаолиятининг бузилиши сабаб бўлмоқда. Ҳаракат таянч тизими касалликлари ичида умуртқа поғонаси орттирилган нуқсонлари 20,4% ни ташкил қилади. Стационар даволашида бўлган умуртқа поғонаси касалликларининг 81 % ни диск протрузияси ва чурраси ташкил этади. Бу беморларнинг асосан 30 ёшдан 65 ёшгача бўлган ижтимоий гуруҳида касаллиқнинг кўп учраши, даволашнинг замонавий методларини ишлаб чиқишни тақозо этади. Умуртқа поғонаси касалликларининг бел соҳаси, бўйин ва думғаз соҳаларида кўп учраши инсонлар ижтимоий иқтисодий яшаш тарзининг қийинлашишига олиб келмоқда. Умуртқа поғонаси дегенератив ва дистрофик ўзгаришларининг ортиб бориш, шу оғриқ билан тиббий ёрдамга мурожаат қилиши бўйича иккинчи ўринда ва шифохонага ётқизиш частотаси бўйича учинчи ўринда бўлиши билан ажралиб туради. Кейинги ўн йилликда умуртқа поғонаси касалликлари ичида диск протрузияси ва чурраси кўпайиб бормоқда, бу эса ташхислаш, даволаш ва олдини олиш масаласи давлат вазифаси даражасига қўйилишни тақозо қилади.

Материал ва текшириш усуллари: Умуртка поғонаси протрузияси ва чурраси патоморфологиясини таҳлил қилиш натижасида клиник мутахассисларга прогнозлаш алгоритмини ишлаб чиқиш учун Ўз. Рес. ССВ патологик анатомия марказида илмий ишлар олиб борилди. Бундан асосий мақсадимиз, умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасининг клиник-морфологик хусусиятларини ишлаб чиқиш орқали даволаш алгоритмини яратишдир. Шундай қилиб, умуртка поғонаси протрузияси ва чурраларини коррекциялаш учун даволаш механизми, яъни алгоритмини яратиш фақат патоморфологик хусусиятларини ўрганиш билан эришилади. Олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, умуртка поғонаси протрузиясидаги патоморфологик ўзгаришлар жараёнинг локализациясига қараб ўрганилган. Умуртка диск чурраларида патоморфологик ўзгаришлар хусусиятлари патологиянинг фаоллик даражасини баҳолаш учун жараёнинг локализацияга қараб аниқланди. Умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасини даволаш алгоритмини яратишда 30 ёшдан 65 ёшгача бўлган беморлар аутопсия қилинди. Бунда умуртка поғонаси суяк қисми очилди, умуртка оралиғидаги диск кўрингандан сўнг икки томондан суяк юқори пастки юзалари билан 3 мм қалинликда аралаб диск тўлиқ бузилмаган ҳолатда олинди. Ушбу олинган материаллар гистокимёвий ишлов берилгандан сўнг, парафинли гиштча ҳолатига келтирилди. Умуртка поғонаси синхондрозлари, яъни умурткалар орасидаги симфиз умурткалар орасидаги дискнинг гистологик тузилишини ўрганишлар натижаси шуни кўрсатдики, симфизнинг таркибига атрофида ўралган фиброз ҳалқа, тоғай тўқимали диск ва дирилдоқ ядро асос ҳисобланади. Беморларда ёш кексايиши билан модда алмашинувининг бузилиши, эндокринологик патология, ҳаракатланишнинг чекланиб бориши ҳисобига кетма-кетликда тоғай ҳалқа ва дирилдоқ ядро ўзгаришлари келиб чиқиши аниқланди. Тоғайли дискнинг гистологик ва патоморфологик тузилишидаги ўзига хос жиҳатларини ўрганиш таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, фиброз ҳалқаси, тоғай тўқима таркиби ва умуртка суяги билан боғлиқлик жиҳатларида ўзига хослик мавжудлиги аниқланди.

Тадқиқот натижалар. Умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасини даволашда - замонавий тиббиёт ривожланаётган бир пайтда, тоғайли диск клиник морфологик ўзгаришлари ва хусусиятларини аниқлаш зарур бўлади. Тоғайли диск патоморфологик белгилари, патологиянинг фаоллик даражасини баҳолаш, келтириб чиқараётган омил ва жараёнинг локализациясини аниқ белгилаш зарур. Умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасида юқоридаги жараёнларни фундаментал тўғри баҳолаш беморларни шифо топиши учун асос бўла олади. Умуртканинг ривожланган протрузияси ва чуррасининг клиник ва морфологик белгиларини тўлиқ ўрганишимиз, биз клиник мутахассислар томонидан ушбу патологияларни таҳлил қилиб, даволаш алгоритмини ишлаб чиқишимиз ва даволашда кенг қўллашимизга имкон беради.

Хулоса: Умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасини даволашда бемор касалликларини ўрганишда анатомик, топографик хусусиятлари ва патоморфологиясини шакл ва гуруҳларга ажратиш билан жараёнинг локализациясига асосланиб даволаш алгоритми яратилиши керак. Умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасидаги ушбу патологияларга асосий эътибор бериладиган ҳолатлар ишлаб чиқилиши, беморларда даволаш алгоритмига асосланишимиз шифо самарадорлигини ва натижаларни орттиради. Бунинг асосий эътиборли томони шундаки, тоғайли диск озиқланишида кон томиларининг иштирок этмаслиги, бу тўқиманинг диффуз озиқланишидир. Тоғайли дискнинг диффуз озиқланиши қачонки инсонлар доимий ҳаракатда бўлгандагина яхши озиқланиши аниқланган. Умуртка поғонаси тоғайли диски юзаларининг турли қисмларида фарқланиши, номуаносиблиги эса патологик ўзгаришлар ҳосил бўлишга мойиллиги, протрузия ва чурраларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Умуртка поғонаси протрузияси ва чуррасининг келиб чиқишида юқоридагилардан ташқари диск структурасини вақт ўтиши билан ўзгариб бориши эндокринологик, тартибсиз жисмоний ҳаракатлар ва ҳаракатсизликлар ҳам сабаб бўла олади. Агар умуртка поғонаси протрузияси ва чурраларида асосий омил патоморфологик ўзгаришлар ва патологиянинг фаоллик даражаси тўғри баҳоланса, яхши натижага эришилади. Бу жараёнларнинг локализациясига қараб аниқланиши эса умуртка тоғайли дискининг даволаш алгоритмини аниқлашга асос бўла олади. Шундай қилиб, умуртка поғонаси протрузияси ва чурраларини коррекциялаш масалалари жуда долзарб ва катта аҳамият касб этади.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Мизамов Ф.О., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Усаров Т.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Тяжелое угрожающее жизни осложнение-перфорация продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Количество операций за последние десятилетия держится на уровне 7,5-13 на 100.000 человек, а летальность составляет от 5 до 17,9% (Ю.М. Панциров с соавт., 2005; Ш.И. Каримов с соавт., 2010). Эндовидеохирургическое лечение повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства является одним из самых перспективных направлений современной хирургии (А.М. Хаджибаев с соавт., 2014; А.Н. Тулупов, 2015).

Целью настоящей работы явился анализ использования эндовидеохирургического метода при лечении больных с перфоративными пилоробульбарными язвами.

Материалы и методы. С 2013 по 2018 год 161 пациенту в СФРНЦЭМП выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной пилоробульбарной язвы. Время от момента перфорации до операции в среднем составило $7,4 \pm 0,6$ часов. Средний диаметр перфорационного отверстия равнялся $0,4 \pm 0,02$ см. У 33 пациентов диагностирован местный серозный перитонит, у 25 - местный серозно-фибринозный, у 45 - разлитой серозный, у 38 разлитой серозно-фибринозный и у 10 разлитой гнойный. В подавляющем большинстве случаев ушивание перфорации производили Z-образным однорядным серозно-мышечным швом рассасывающейся атравматической лигатурой. Санация брюшной полости выполнялась физиологическим раствором в количестве 400-800 мл и заканчивалась дренированием 1-2 дренажами. При оценке непосредственных результатов учитывались: длительность операции, характеристики раннего послеоперационного периода, послеоперационные осложнения, длительность нахождения больных в стационаре. Отдаленные результаты оценивались по модифицированной системе Visick.

Учитывая тот факт, что одним из противопоказаний к лапароскопической операции считается перитонит, мы провели микробиологическое исследование перитонеального выпота 36 пациентам, которое включало в себя микроскопию экссудата, а так же посев на питательные среды с учетом роста аэробных и анаэробных микроорганизмов. Среднее время от момента перфорации до забора материала составило $8,1 \pm 1,9$ часов и, колебалось от 2 до 60 часов. Кроме того, в 20 случаях выполнено биохимическое исследование экссудата для определения его pH, протеолитической и антипротеолитической активности.

Результаты. При микробиологическом исследовании в 86,1% случаев роста микроорганизмов не обнаружено. Положительными оказались 5 посевов (13,9%), причем микробное число не превышало 10^5 КОЕ/мл. Измерения pH во всех зарегистрировали нейтральную либо слабощелочную реакцию выпота. Протеолитическая активность выпота обнаружена у 3 пациентов. Практически во всех случаях обнаружены антипротеолитические свойства выпота.

В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: один случай несостоятельности шва, нагноение послеоперационной раны, плеврит и пневмония. Характерными особенностями раннего послеоперационного периода были отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация больных, быстрая нормализация температуры тела, уменьшение койко-дня до 4-5 суток.

Заключение. Отличные отдаленные результаты со сроками наблюдения от 11 месяцев до 2 лет по модифицированной системе А.Н. Visick отмечены у 55,6% пациентов. Хорошие результаты получены в 27,8% случаев, удовлетворительные - в 14,1%. Неудовлетворительными признаны результаты лечения у 2,6% больных.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ РАНА И ЕЁ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Жураев Г.Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время в постсоветском пространстве нередко возникают вылазки экстремистов, в связи с чем, отмечен резкий рост числа огнестрельных повреждений среди мирного населения. Несмотря на большой опыт эффективного применения лимфотропной терапии в лечении гнойной хирургической инфекции, встречаются лишь единичные работы, посвященные применению этого метода в профилактике и лечении раневой инфекции при огнестрельных ранениях.

Цель исследования. Изучить экспериментальным путём возможность воздействия на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции, а также результаты лечения огнестрельных ран мягких тканей конечностей у раненых пациентов. Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола весом 5-6 кг. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки. Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом на 1,3,5,7 и 9 сутки после нанесения огнестрельного ранения.

Образцы подвергнуты световой (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии.

Экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия ускоряет процесс заживления раны, начиная с 3-х суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комации и в более отдалённых от раневого канала тканях.

Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными ранениями мягких тканей конечностей. Эти повреждения составили 44,7% от числа всех ранений конечностей. 67,8% больных составили основную группу и 32,2% - контрольную. Среди пострадавших мужчин было 96,6% и женщин 3,4%. Возраст пострадавших колебался от 15 до 52 лет.

При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, иммунологические цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности.

Хирургическая обработка огнестрельных ранений является основной в лечении данного поражения. Успех иссечения ран тем больше, чем раньше производится операция.

В послеоперационном периоде больным основной группы проводилась ЛА с РЛС 1 раз в сутки в течение 5-7 суток в зависимости от тяжести ранения, контрольной – антибактериальная терапия традиционным методом. Предложенная методика позволила наложить 85% раненым первичные швы. Длительность пребывания в стационаре составила $6,3 \pm 0,7$ дня. Во всех случаях раны зажили без осложнений. Амбулаторная реабилитация продолжалась $3,1 \pm 0,6$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $21,7 \pm 2,3$ дня ($p < 0,01$).

У 10% больных с наличием значительного дефекта были наложены первично-отсроченные швы на $4,5 \pm 1$ -е сутки, а у 5% — произведена аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом. Полное заживление раны отмечено через $15,2 \pm 1,1$ сутки, против $21,7 \pm 2,3$ сут. в контрольной группе ($p < 0,05$).

Осложнение отмечено лишь у 2,5% больных, в виде частичного нагноения послеоперационной раны, что потребовало наложения вторичных швов. Отмечено полное выздоровление. В контрольной группе нагноение раны отмечено у 10,5% раненых.

Таким образом, применение в основной группе при огнестрельных ранениях комплексной методики, ЛА с РЛС позволило добиться сокращения сроков пребывания в стационаре, заживления ран и уменьшения гнойно-септических осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ СТОПЫ

*Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Хайдаров М.О., Умурзаков С.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Был проведен анализ лечения 94-х больных с гнойными некротическими осложнениями сахарного диабета. 62 пациентам наряду с комплексной консервативной терапией были выполнены «мглые» операции на стопе с некрэктомией раны CO₂ - хирургическим лазером и последующим аутодермальным закрытием ран (основная группа). 32 пациента, которым проводилась аналогичная комплексная консервативная терапия, аутодермальное закрытие послеоперационных ран не выполнялось, составили контрольную группу.

Средний возраст в основной группе составил $66,2 \pm 1,42$, в контрольной группе $65,4 \pm 1,46$. В основной группе мужчин было 18 (29,1%), женщин 44 (70,9%), в контрольной группе 9 (28,2%) и 23 (71,8%). Больные в обеих группах страдали диабетом более 10 лет.

Больных с тяжелой формой течения сахарного диабета в основной группе было 54 (87%) человека, в контрольной группе - 26 (81,2%) соответственно. Как в основной, так и в контрольной группе, основными оперативными пособиями являлись некрэктомия и резекция передних отделов стопы.

Наряду с хирургическим лечением пациентов основной группы и контрольной, больным проводилась комплексная консервативная терапия, включающая в себя разгрузку пораженной конечности, коррекцию углеводного обмена путем дробного введения простого инсулина по данным суточной гликемии, а также проведена антибактериальная терапия, которая была основана на данных микробиологических исследований. Лечение диабетической нейропатии и расстройств микроциркуляторного звена кровообращения проводилось препаратами липовой кислоты и низкомолекулярными гепаринами. Местное лечение включало ежедневные перевязки с использованием раствора йодопирона, 0,5 % хлоргексидина и др.

На фоне проводимых лечебных мероприятий, включающих лекарственную терапию, обработку раны CO₂ – лазером, в основной группе позволило сократить сроки очищения раны от гнойно-некротических тканей до $7 \pm 1,24$ суток, появление «здоровых» грануляций происходило на $9 \pm 1,12$ сутки, по сравнению с контрольной группой, где сроки очищения ран составили $10 \pm 1,16$ дней, а

формирование сочных грануляций наступило к $13 \pm 0,34$ суткам. Вышеуказанные сведения свидетельствуют об ускорении сроков очищения раны у больных основной группы в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой.

Выполнение ранних пластических операций на стопе у больных сахарным диабетом II типа после «малых» операций на стопе имеет большое значение, так как позволяет сократить сроки эпителизации ран, обеспечить раннюю активизацию и сократить сроки лечения.

ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Мирзаева Р.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Увеит — серьезное проявление, частота его у таких больных составляет от 47 до 64%. В настоящее время принято выделять три типа глазного воспаления при передний увеит, поражение глазного дна и панувеит, при котором поражаются два и более отделов глаза. Поражение глаз чаще двустороннее, обострение длится не менее 2—3 мес.

В промежутке между обострениями воспалительный процесс полностью не купируется. Передний увеит при ББ часто сопровождается образованием гипопиона — осадка на дне передней камеры глаза с горизонтальным уровнем. Поражение задних отделов глаза при ББ проявляется периваскулитом сетчатки с вовлечением в воспалительный процесс вен (перифлебрит) или артерий (периартериит), наряду с сосудами сетчатки поражаются стекловидное тело (витрит), зрительный нерв (нейроретинит). Увеит при ББ осложняется внутриглазной гипертензией и глаукомой (у 11% больных), катарактой, окклюзией и склерозированием сосудов сетчатки, отеком и атрофией зрительного нерва (у 23%)

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось определение частоты, клинических особенностей осложнений и исходов воспаления увеальной оболочки у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Материалы и методы. За 10-летний период в клинике под наблюдением находилось 382 больных увеитом (553 глаза) при различных видах ревматических заболеваний. Среди больных было 247 (64,6%) мужчин и 135 (35,3%) женщин в возрасте от 14 до 73 лет, средний возраст — $36,86 \pm 14,04$ года.

Результаты и обсуждение. Согласно международной классификации увеитов по локализации выделено 4 вида увеитов у больных ревматическими заболеваниями: передний — у 258 (67,5%), срединный — у 8 (2,1%), задний — у 16 (4,2%) и панувеит — у 100 (26,2%). Среди наблюдаемых больных у 129 (33,8%) увеит диагностирован впервые, в остальных случаях имело место рецидивирование воспаления увеального тракта.

Осложнения выявлены у 156 больных (264 глаза), что составило 40,8% (47,7%). Среди осложнений отмечены окклюзия зрачка, увеальная катаракта, вторичная глаукома, лентовидная дегенерация роговицы, фиброз стекловидного тела, отслойка сетчатки и субатрофия глазного яблока.

В нашем наблюдении были случаи развития нескольких осложнений на одном глазу (6,3%) и разных осложнений на обоих глазах (9,4%).

Выводы. Представлены современные подходы к лечению увеита при ревматических заболеваниях, теоретические предпосылки использования ингибиторов фактора некроза опухоли α (ФНО α). Данные литературы свидетельствуют о высокой эффективности антиФНО α -терапии в отношении купирования и предотвращения атак увеита.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО УВЕИТА

Мирзаева Р.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Диагностика ревматических заболеваний и сопровождающих их увеитов основана на выявлении различных специфических аутоантител в сыворотке крови больных. Известны способы диагностики ревматоидного артрита и увеита путем выявления с помощью иммуноферментного анализа аутоантител к иммуноглобулину G (IgG), так называемого ревматоидного фактора. С диагностической целью предлагают определять уровень аутоантител к IgG в сыворотке крови и при его титре выше 1:80 диагностировать ревматоидный артрит.

Затруднения при диагностике увеитов при ревматических заболеваниях связаны с возможностью выявления не только различных видов аутоантител, но и с обнаружением одних и тех же аутоантител при разных заболеваниях. При диагностике ревматических увеитов) диагностическое значение имеет повышение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Однако авторами не связывается величина их уровня с тем или иным видом ревматического увеита.

Цель исследования. Оценка результатов проспективного рандомизированного клинико-иммунологического исследования пациентов с увеитами по данным 2-летнего периода (2016—2018).

Материал и методы. Группа исследования, подобранная методом слепой выборки, состояла из 200 пациентов с увеитами в возрасте от 19 до 57 лет. Мужчин было 114 (57%), женщин — 86 (42%).

Офтальмологические и иммунологические при обращении в стадии обострения и ремиссии заболевания. Для оценки иммунного статуса рассчитывали показатели клеточного и гуморального иммунитета, уровень компонентов комплемента С3 и С4.

Результаты. Системные заболевания соединительной ткани — основная причина увеитов обследованных пациентов — 32% случаев. Наиболее распространенной причиной увеитов в роли отдельной нозологической единицы была герпесвирусная инфекция — 22% случаев. Инфекционные увеиты — 43,5%, на фоне системных заболеваний — 46%, посттравматические — 4,5%, идиопатические — 6%. В 60,5% случаев удалось достичь положительной динамики и повышения функциональных показателей в течение заболевания. Причинами необратимой слепоты у 9 пациентов явились: вторичная глаукома — у 4 (2%), отслойка сетчатки — у 3 (1,5%), субатрофия глаза — у 2 (1%). Одна из основных причин низкого зрения при увеитах — позднее обращение пациентов в стадии развития вторичных необратимых осложнений. Статистически значимые изменения отмечались в основном в факторах системного клеточного и врожденного иммунитета.

Выводы. Для максимального снижения риска развития вторичных пролиферативных осложнений целесообразно создание единой базы регистрации и диспансеризации пациентов с увеитами. Длительная иммуносупрессивная терапия при увеитах может приводить к реактивации герпесвирусной инфекции. Комбинированный характер иммунологических нарушений обосновывает целесообразность применения иммунокорректирующих средств с учетом результатов оценки состояния иммунной системы пациентов.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ УВЕИТАХ

Мирзаева Р.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В нашем наблюдении у 18 больных имела место частичная дистрофия роговицы в виде поверхностных помутнений стромы и боуеновой мембраны вдоль лимба в проекции глазной щели на 3 и 9 часах. Полная дистрофия в виде ленты, с включением кальцинатов и эрозированием поверхности роговицы выявлена у 8 больных.

В результате тяжелых рецидивирующих увеитов субатрофия глазного яблока развилась у 12 (2,2 %) пациентов, при этом у 7 из них — после хирургического вмешательства по поводу увеальной катаракты или отслойки сетчатки, у 2 — после склерита. Чаще субатрофия была I и II степени (8) с сохранением небольших зрительных функций, субатрофия III степени отмечена у 4 больных.

Многолетнее рецидивирующее течение увеита и развитие осложнений оказывают значительное влияние на состояние зрительных функций, в первую очередь на остроту зрения. Причинами слепоты были: вторичная глаукома, отслойка сетчатки и субатрофия глаза.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось определение частоты, клинических особенностей осложнений и исходов воспаления увеальной оболочки у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Материалы и методы. За 10-летний период в клинике под наблюдением находилось 382 больных увеитом (553 глаза) при различных видах ревматических заболеваний. Среди больных было 247 (64,6%) мужчин и 135 (35,3%) женщин в возрасте от 14 до 73 лет, средний возраст — 36,86±14,04 года.

Результаты и обсуждение. Согласно международной классификации увеитов по локализации выделено 4 вида увеитов у больных ревматическими заболеваниями: передний — у 258 (67,5%), срединный — у 8 (2,1%), задний — у 16 (4,2%) и панувеит — у 100 (26,2%). Среди наблюдаемых больных у 129 (33,8%) увеит диагностирован впервые, в остальных случаях имело место рецидивирование воспаления увеального тракта.

Осложнения выявлены у 156 больных (264 глаза), что составило 40,8% (47,7%). Среди осложнений отмечены окклюзия зрачка, увеальная катаракта, вторичная глаукома, лентовидная дегенерация роговицы, фиброз стекловидного тела, отслойка сетчатки и субатрофия глазного яблока. В нашем наблюдении были случаи развития нескольких осложнений на одном глазу (6,3%) и разных осложнений на обоих глазах (9,4%).

Вывод. При ревматоидном артрите количество слепых глаз составило 12,8%, что было обусловлено развитием некротизирующего склерита и отслойки сетчатки, при спондилоартритах с отсутствием предметного зрения было 4% глаз, с низкими зрительными функциями — 6,6%.

Таким образом, осложнения увеита при ревматических заболеваниях выявлены у 40,8% больных. Из тяжелых осложнений наиболее часто встречаются увеальная катаракта (26%) и вторичная глаукома (10,5%), которые являются основными причинами снижения зрительных функций при ревматических увеитах и требуют особого подхода к лечению. Максимально высокая частота осложнений с потерей зрения отмечена при ЮРА у девочек.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Василевский Э.А., Мусаиайхов Х.Т., Михайлевич И.Е., Дадабаев О.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Варикозная болезнь (ВБ), варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей (ВР,ПВНК) сопровождаются различными дистрофическими, воспалительными изменениями венозной, лимфатической системы конечности, окружающих тканей, нарушением микроциркуляции. Применяемое в настоящее время наиболее радикальное хирургическое лечение направлено на компенсацию патологии венозной системы, но воздействие на патологические изменения в лимфатическом русле, от которого зависит прогрессирование осложнения ВБПВК, изучено крайне недостаточно.

(В.С. Савельев, 2003; И.А. Золотухин., А.И. Кириенко., Р.А. Григорян 2003; В.Ю. Богачев 2004; С.З. Хмырова 2006; О.А. Шумков 2007; В.А. Родионова 2007; Г.М. Каримова 2009 и др.). Особенно необходима коррекция лимфатической системы ног при наиболее радикальном хирургическом лечении больных.

Цель. Улучшить лечение больных с варикозной болезнью, профилактику осложнений после хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 214 больных с ВБПВНК разной степени тяжести (без наличия трофических язв.) Из них 181 пациент подвергся оперативному лечению - флебэктомии. При подготовке и после операции проводили традиционное лечение флебопротекторами, противовоспалительную, десенсибилизирующую, антикоагулянтную терапию у 61 больного. Одновременно у 120 больных в зависимости от стадии процесса успешно применяли комплексную эфферентную (лимфатическую и лимфостимулирующую) терапию и традиционное лечение, воздействуя регионально на микроциркуляторное русло, лимфатическую систему, патологический процесс до операции и после оперативного вмешательства. По разработанной методике через стопу, паховые лимфатические узлы пораженной ноги строго подкожно вводим последовательно растворы новокаина, гепарина, лазикса. По показаниям добавляем димедрол, иммунопротекторы, антибиотики широкого спектра действия.

Результаты и обсуждение: После первых сеансов комплексной терапии до и после флебэктомии у 120 больных в стадии субкомпенсации процесса прекращались чувство тяжести, утомляемости, судороги в конечности. После 3 сеанса значительно уменьшались боли, отеки, явления дерматита у 85% больных. Флебэктомия с применением комплексного лечения улучшает подготовку больных с ВБ ног, способствует благоприятному течению операции, послеоперационного периода. Больные уже со 2-го дня активизировались, не было осложнений, (воспаления, тромбфлебита, тромбозов). У 60 больных контрольной группы подготовка к операции увеличивается на 5-6 дней, в послеоперационном периоде в 20% случаев отмечались осложнения (отеки, тромбфлебит, гематомы).

Выводы: Таким образом, применение комплексной терапии, действующей на общие и местные проявления венозного, лимфатического процесса при наиболее радикальном хирургическом лечении, у больных с варикозной болезнью значительно, до 90%, уменьшает период подготовки к флебэктомии, улучшает послеоперационное течение, снижаются осложнения. Улучшается реабилитация, качество жизни больных.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТОВ

*Михайлевич И.Е., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Среди осложнений острого и хронического панкреатитов отмечается формирование кист и свищей в 21%-39% случаев. Лечение этих осложнений (ПЖ) представляет большую проблему особенно в настоящее время. Это связано с возрастанием деструктивных форм острого панкреатита, а также травм брюшной полости. (О.Б. Милонов, К.Н. Цацанади и др., 1988, А.П. Радзиковский, С.Н. Панченко, О.Е. Бобров, 1984; В.А. Деватов, М.И. Куколева и др., 1991г; И.Е. Михайлевич, Э. А. Василевский 1993, 2004; и др).

Диагностика и лечение кист и свищей ПЖ представляет значительные трудности, много спорных, неразрешенных вопросов. Предложено множество хирургических и консервативных методов лечения, операции трудоёмки, не отличаются эффективностью. Консервативные методы требуют длительного времени и также зачастую неэффективны.

Цель. Учитывая важную роль лимфатической терапии (ЛТ) в лечении панкреатитов а также значение лазерного излучения в процессах регенерации мы у больных с кистами и свищами ПЖ применили лимфолазеротерапию. (ЛЛТ).

Материал и методы исследования: Мы проверили лечение и наблюдение у 20 больных: из них 11 женщин, 9 мужчин, средний возраст 28 лет. Кисты и свищи на фоне деструктивных форм острого панкреатита выявлены у 10 больных, хронического панкреатита- 6, травм поджелудочной железы-4. Все больные неоднократно лечились разными методами в течение 2-4 месяцев без эффекта. Через имеющийся дренажи проводили лимфатическую терапию (ЛТ): новокаин, гепарин, фуросемид, контрикал, антибиотик, а также лазерное воздействие. Вводили световод через дренаж-низкоэнергетический, гелий- неоновый лазер, мощность на выходе 14 Вт. ЛТ проводили одновременно через забрюшинную клетчатку; через переднюю брюшную стенку полупроводниковым лазером «Милта», в зависимости от диагноза.

Обсуждение и результаты исследования: В связи с особенностями локализации большие кисты обычно иссекали, дренировали. После 2-3 сеансов ЛЛГ наряду с интенсивной традиционной терапией, у больных уменьшались боли, при наличии свища уменьшалось отделяемое, мацерация кожи. Улучшался аппетит, прекращались диспептические явления, нормализовалась температура тела. При УЗИ объемные процессы в области ПЖ, мелкие кисты не определялись, постепенно изменяется качественный состав выделяемого секрета, он светлеет. Воспалительные изменения на коже уменьшались, а затем прекращались. Нормализуются показатели крови, мочи, биохимических исследований. На фоне улучшения общего состояния больных свищи обычно закрывались через 10-20 дней.

Выводы: Лечение кисты свищей поджелудочной железы представляет сложную медицинскую проблему. Больные с длительно незаживающими свищами, нуждаются в местной и общей интенсивной терапии. Предложенный авторами способ лимфолазеротерапии при свищах поджелудочной железы новый, эффективный должен найти широкое применение в хирургической практике наряду с традиционными методами лечения этой сложной категории больных.

КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Михайлевич И.Е., Василевский Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема лечения варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей (ВРПВНК) самого распространенного сосудистого заболевания среди населения трудоспособного возраста, поражающего женщин до 40-60%, мужчин – до 20-40% остаётся весьма актуальной (А.И. Кириенко, И.А. Золотукин).

Тяжелые осложнения ВРПВНК в виде варикотромбофлебита (острого и хронического), хронической венозной и лимфовенозной недостаточности, трофических язв, элиболий экземы, липодерматосклероза, лимфедемы не имеют тенденции к уменьшению.

В последние годы создалась тенденция несвоевременной диагностики, отсутствия адекватной помощи значительному контингенту больных ВРПВНК. Это обусловлено слабой осведомленностью о способах своевременной диагностики и лечения, клинических специальностей, особенно, и амбулаторной помощи.

Трудности диагностики и лечения связаны с отсутствием единого способа классификации ВРПВНК, определяющего клинические проявления, наследственность факторы риска, коррекции венозной и лимфатических нижних конечностей.

Планирование лечения, профилактику осложнений, основанных на больных, стадий течения заболевания, мы предлагаем комплексный способ диагностики лечение, отражающий анатомо-физиологические особенности, клинические проявления, осложнения, этиологии процесса причины лечения, в зависимости от стадий для практического, применения, факторов риска больных с ВРПВНК не основанных на этиологических данных.

Предлагаем следующую варикозной болезни поверхностных вен ног, основанную на изучении многочисленных классификаций В.С.Савельева, 1972; (1995) ; экспертов в Москве, 2002; В.А.Липатова, 2003 и др., большого клинического опыта.

Разработанный способ диагностики, лечения поможет на ранних стадиях варикозной болезни предупредить прогрессирование процесса, развитие тяжелых осложнений, реабилитации. Предлагаемый способ комплексной диагностики, лечение классификации ВРПВНК у 145 больных распределён по стадиям 1 стадии 30, 2-40, 3-50, 4-25 больных это позволила своевременно назначить комплексное лечение с хорошим исходом у 85% больных, осложнений не было.

Представленный способ диагностики лечения ВРПВНК, удобно для практического и клинического применения, предложен впервые отражает стадии, клинику, осложнения, необходимые для постановки диагноза, планирования своевременного, современного лечебного мероприятия.

ВЫЯВЛЕНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Муминов И.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Дусмуратова Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Диагностика, выявление факторов риска развития малых повреждений миокарда и оценка их влияния на результаты планового чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с ишемической болезнью сердца: стенокардией.

Материалы и методы исследования: Исследуемые пациенты были подразделены на группы, по уровню содержания кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови: группа исследования - 15 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения функциональный классы II-III после ЧКВ, осложненных малыми повреждениями миокарда; группа сравнения - 10 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения II-III функциональный классы после ЧКВ, не осложненные МПМ. Все пациенты с ИБС (групп сравнения и исследования) получали одинаковую медикаментозную терапию. Так же пациенты продолжали прием рекомендованной терапии на амбулаторном этапе лечения. Во время ЧКВ и стентирования коронарных артерий использовались металлические стенты и стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов с ИБС: стенокардия напряжения II-III функциональных классов, подвергнутых ЧКВ и стентированию коронарных артерий, в 1-е сутки выявлено наличие жалоб в группе исследования на незначительный дискомфорт за грудиной у 3,2% пациентов возникли жалобы, тем временем пациенты группы сравнения жалобы не предъявляли ($p < 0,05$). У пациентов с ИБС группы исследования и сравнения после

выполнения им ЧКВ и стентирования коронарных артерий, по показателям биохимического анализа крови, таким как: гемоглобин, креатинин, холестерин - различий не выявлено. Однако наблюдается повышение в общем анализе крови уровня содержания лейкоцитов выше нормы - $10,23 \times 10^9/\text{л}$, у пациентов группы исследования, что не наблюдается у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$). Инструментальные данные для выявления МПМ незначительны - к ним относятся ЭКГ-признаки в виде возникновения ранней реполяризации желудочков, которые регистрируются только в группе исследования (17,1%) после планового ЧКВ ($p < 0,05$). По показателям ЭХО-КГ между группами пациентов различий не выявлено. При анализе данных, в группе исследования отмечается повышение уровня содержания миоглобина в сыворотке крови по сравнению с группой исследования в 2,5 раза ($p < 0,05$). В 1-е сутки после ЧКВ и стентирования коронарных артерий отмечен рост уровня содержания КФК-МВ в сыворотке крови у пациентов группы исследования, превышающий показатели группы сравнения в 1,7 раз ($p < 0,05$). Нами получены данные о превышении уровня содержания тропонина Т в группе исследования над группой сравнения в 74 раза ($p < 0,05$). На 1-е сутки после выполнения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования артерий у пациентов с ИБС при уровне содержания тропонина ТО- 0,030 нг/мл, КФК-МВ 0,10 - 4,94 нг/мл, миоглобина 25,0 - 72,0 нг/мл прогнозируется благоприятное течение послеоперационного периода без развития малых повреждений миокарда; а при уровне содержания тропонина Т 0,030 - 0,072 нг/мл, КФК-МВ 4,94 - 5,58 нг/мл, миоглобина 72,0 - 93,6 нг/мл прогнозируется как неблагоприятное течение послеоперационного периода с развитием малых повреждений миокарда.

Таким образом, по результатам, нами определены связь взаимодействий между кардиоспецифическими маркерами: тропонином Т, креатинфосфокиназой-МВ и миоглобином, что свидетельствует о развитии малых повреждений миокарда в 1-е сутки после чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОРТАНИ

Муминов С.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностика гиперпластических процессов гортани сопряжена с трудностями, поскольку на ранних этапах заболевание может протекать бессимптомно. На современном этапе развития российской оториноларингологии непрямая ларингоскопия является основным методом в поликлиниках первичного звена, однако, из-за анатомических особенностей гортани, полноценный осмотр не всегда возможен. Кроме того, гистологическая верификация также затруднена из-за сложного анатомического строения органа и расположения патологического процесса в труднодоступном для взятия биопсии месте. Оценка гистологической картины новообразования - это метод субъективный, и в большой степени он зависит от профессиональных навыков врача - патологоанатома. Их может быть недостаточно для постановки правильного диагноза, бывает очень трудно уловить ту грань, где дисплазия переходит в *carcinoma in situ*, отсюда и различные интерпретации одних и тех же гистологических препаратов в разных клиниках.

Постановка правильного диагноза является одной из задач врача, далее следует назначить эффективное лечение. Современные методы лечения гиперпластических процессов гортани весьма разнообразны и могут быть подразделены на несколько больших групп: консервативные, хирургические и комплексные методы. Эти методы описаны в литературе, однако нет единого мнения об алгоритме лечения гиперпластических процессов гортани, основанного на клинко-морфологической картине заболевания.

Цель исследования. Комплексное клинко-морфологическое, иммуногистохимическое изучение гиперпластических процессов гортани при хроническом воспалении, разработка алгоритма обследования, лечения и диспансерного наблюдения больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было проведено обследование и лечение 86 больных. Все они страдали хроническим воспалением гортани с и без опухолевых и опухолеподобных новообразований.

Результаты исследования. Так, у 8 пациентов был выявлен только хронический ларингит, у 78 пациентов опухолевые новообразования гортани, из них у 71 выявлены доброкачественные, а у 7 больных злокачественная опухоль - (плоскоклеточный рак). Наибольшее число больных хроническим гиперпластическим ларингитом относится к возрастной группе 31-60 лет, что составило 62,8 % от общего числа больных, мужчины болеют почти в два раза чаще, чем женщины.

Комплексное клинко-морфологическое изучение 86 больных выявило, что хронический гиперпластический ларингит в 43% наблюдений сочетается с опухолеподобными и в 35% - опухолевыми новообразованиями. Наибольшее число больных 62,8% относится к возрастной группе 31 — 60 лет. Мужчины болеют в два раза чаще.

Курение является экзогенным раздражающим фактором хронического гиперпластического ларингита и выявлено у 90,7 % пациентов.

Присутствие *Helicobacter Pylori* было обнаружено у 23 пациентов, что составило 61 % от общего количества обследованных на *Helicobacter Pylori*. Нами не было выявлено зависимости между наличием *Helicobacter Pylori*, степенью обсемененности, морфологическим субстратом и возрастом больных.

Исходя из морфологических особенностей протекания гиперпластических процессов гортани, мы считаем, что лечебная тактика должна быть направлена на хирургическое удаление очага дисрегенерации. По нашей методике было пролечено 86 пациентов, безрецидивное течение отмечено у 83, что составило 96,5 %.

При оценке пролиферативной активности эпителиоцитов с использованием моноклональных антител к PCNA, было выявлено повышение экспрессии в зависимости от степени дисплазии. Оценка иммуногистохимической реакции доброкачественных образований без признаков дисплазии соответствует 5,9 - 9,9%. В случаях дисплазии I ст этот показатель соответствует 11,2 - 13,9%, II ст - 14,3 - 15,7%, III ст. - 20 - 22,7%, плоскоклеточном раке этот показатель соответствует 26,7-28%.

Выводы. Полученные морфологические данные дают комплексную оценку гиперпластических процессов гортани и патологических процессов к ним приводящих.

Представленный в нашем исследовании клинико-морфологический подход изучения гиперпластических процессов гортани позволит повысить эффективность диагностики и лечения данной патологии в практическом здравоохранении. Выявленные патологические изменения эпителия гортани воспалительного и опухолевого генеза требуют хирургического лечения. Одновременно, наличие у больных *Helicobacter pylori* в биоптатах из патологического очага требует противорефлюксного и антибактериального лечения, направленного на элиминацию *Helicobacter pylori*. Необходимо дальнейшее длительное диспансерное наблюдение этой группы больных.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ

Муминов С.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Доброкачественные заболевания гортани по определению P. Holinger и K. Johnstone — это любые объемные образования в гортани, не имеющие свойства озлокачествления и метастазирования.

По классификации ВОЗ к облигатным предраковым состояниям относятся хронический гиперпластический ларингит, дискератозы, папилломатоз гортани. Гранулемы и рубцовые изменения гортани являются факультативными предраковыми заболеваниями.

Диагностика доброкачественных новообразований гортани сопряжена с трудностями, поскольку на ранних этапах заболевание может протекать бессимптомно.

Цель исследования. Заключалась в сравнении отдаленных результатов комбинированного и лучевого лечения местно-распространенного рака гортани.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения 93 пациентов раком гортани III—IV стадии. 53 пациентам выполнена ларингэктомия с регионарной лимфаденэктомией и адъювантной лучевой терапией (группа комбинированного лечения — КЛ). 40 пациентам проведена лучевая терапия до 66—70Гр (группа лучевого лечения — ЛЛ). 25 пациентов группы КЛ и 15 пациентов группы ЛЛ получали одновременно с облучением цисплатин в дозе 100мг/м² 1 раз в 3 недели. В группе КЛ преобладали пациенты с IVA ст (84%), в группе ЛЛ — пациенты с III ст (57%).

Результаты исследования. Медиана наблюдения составила 26 месяцев. Медиана общей выживаемости (ОВ) была достоверно выше в группе КЛ и составила 40 месяцев против 13 месяцев в группе ЛЛ ($p=0,0009$), 5-летняя ОВ составила 19% и 10%. Наибольшее влияние на выживаемость оказали такие факторы, как распространение опухоли за пределы гортани, массивное поражение регионарных лимфатических узлов и низкая степень дифференцировки опухоли. Медиана ОВ составила 42 и 22 месяца при III и IV-ой степени соответственно. В группе лучевого лечения эти различия достигли статистической значимости. Медиана ОВ была достоверно выше при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах в обеих группах.

При этом медиана ОВ была более чем в 2 раза выше в группе КЛ в сравнении с группой ЛЛ и составила при N212,5 и 5 месяцев, а при IV ст — 22 и 8 месяцев соответственно. Лучевая терапия не обеспечила излечение ни одного из 17 пациентов с IVA стадией, в то время как живы 19 из 44, получивших комбинированное лечение. Из 40 пациентов группы ЛЛ 19 потребовалась трахеостомия, медиана ОВ этих пациентов оказалась ниже в сравнении с теми, кто не имел трахеостомы: 9 и 23 месяца ($p=0,2$). Проведение ХТ одновременно с облучением не оказало значимого влияния на ОВ в группе КЛ с тенденцией к улучшению выживаемости в группе ЛЛ. Среди умерших 58 пациентов 49 погибли от прогрессирования заболевания в первые 3 года после операции или начала лучевого лечения.

Несмотря на низкую выживаемость пациентов группы ЛЛ, следует отметить, что 8 пациентов наблюдаются свыше 48 месяцев без признаков заболевания, средняя выживаемость составила 60 ± 12 месяцев, что сопоставимо с результатами комбинированного лечения. Все пациенты имели плоскоклеточный рак Grade I—II распространенностью T3, в 7 случаях — N0. Эти результаты свидетельствуют о необходимости тщательного отбора больных для органосохраняющего лечения.

Заключение. Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией является основным методом лечения рака гортани IVA стадии. Органосохраняющее, консервативное лучевое и химиолучевое лечение местно-распространенного рака гортани позволяет достичь показателей выживаемости, сопоставимых с результатами комбинированного лечения при плоскоклеточном раке гортани III стадии.

Выводы. Таким образом, данные литературы демонстрируют комплексный подход к выбору оперативной тактики с учетом минимальной травматизации окружающих тканей, быстрой реабилитации голосовой функции и предупреждения рецидива заболевания. А применение узкоспектального режима при осмотре верхних отделов дыхательной системы при ЭГДС дополнительно улучшить выявляемость новообразований гортани на ранних стадиях.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ

Муминов С.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патология гортани на сегодняшний день остается актуальной проблемой оториноларингологии, поскольку гортань — орган формирования речи как средства общения, являющегося очень важным для социального, морального и психологического комфорта жизни человека. Поэтому патология гортани представляет собой серьезную социальную проблему, поскольку она приводит к нарушению голосообразования и на длительный срок лишает людей трудоспособности, вербального общения или ведет к инвалидизации, вычеркивая больного из общественной жизни и нанося ему большую психологическую травму. Актуальность проблемы также связана с ростом патологии гортани в результате воздействия на слизистую оболочку верхних дыхательных путей экологических и профессиональных вредностей, курения и потребления алкоголя.

Цель исследования. Проанализировать структуру патологии гортани, выявить распространенность отдельных нозологических форм по половому, возрастному и территориальному признакам, определить оптимальные методы диагностики и лечения заболеваний гортани.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 160 больных с заболеваниями гортани (44 женщины и 116 мужчин) в возрасте от 18 до 85 лет, которые находились на лечении в ЛОР-отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Острые воспалительные заболевания гортани возникают преимущественно у лиц женского пола (72,73%) в возрасте 41-50 лет.

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования выявляются преимущественно у мужчин, не имея существенной зависимости от возрастного показателя.

Наиболее эффективным методом лечения доброкачественных новообразований гортани является микроэндоларингиальное удаление под эндотрахеальным наркозом на фоне консервативных воздействий, что позволяет значительно снизить процент возникновения злокачественных новообразований гортани.

ХГЛ встречается преимущественно у лиц мужского пола в возрасте 51-85 лет. ХГЛ и папилломы являются наиболее распространенной формой предраковых заболеваний гортани.

Раком гортани болеют мужчины в подавляющем большинстве случаев (95,55%).

Фиброларингоскопический и гистологический метод исследования являются важными и ценными по выявлению распространенности процесса, определению морфологических признаков новообразования на ранних стадиях.

Для постановки окончательного диагноза использовались прямая микроларингоскопия, которая производилась под эндотрахеальным наркозом, фиброларингоскопия с последующей биопсией, которая производилась из нескольких мест, а также при необходимости в комплексе диагностических мероприятий применялись гистологические, цитологические, бактериологические, микотические методы исследования. У контролируемой группы больных исследование биопсийного материала было проведено у 70 (43,75%) человек.

Ведущим условием успешной терапии является своевременность диагностики и комплексный подход с учетом этиопатогенеза, распространенности процесса и индивидуальных особенностей организма.

Всем больным проводилось либо консервативное, либо комбинированное лечение, включавшее в себя терапевтические мероприятия и эндоларингиальные микрохирургические вмешательства.

Консервативная терапия проводилась у 125 (78,13%) человек, причем у 22 (13,75%) — по поводу острого ларингита. Консервативные мероприятия заключались в соблюдении строгого голосового режима (57 дней), отказа от курения, исключения раздражающей пищи и напитков, общего медикаментозного воздействия (антибиотики с учетом антибиотикограммы, отхаркивающие, гипосенсибилизирующие, симптоматические, антимикотические средства) и местного лечения (ингаляция противовоспалительных средств, инстилляции в гортань лекарственных препаратов и их комбинаций — кортикостероидные, масляные, антибактериальные, антимикатические, протеолитические ферменты). В некоторых случаях (при отсутствии данных о наличии злокачественного процесса) применялись физиотерапевтические процедуры (фонофорез с преднизолоновой и гидрокортизоновой мазями) — экстраларингеально.

Комбинированное лечение было проведено у 35 (21,86%) человек. Хирургическое

вмешательство выполнялось преимущественно под эндотрахеальным наркозом при прямой микроларингоскопии и заключалось в проведении ревизии гортани и полном удалении новообразования под микроскопом.

Выводы. Оценку результатов лечения проводили по совокупности признаков: нормализация ларингоскопической картины, голосовой функции, исчезновения или уменьшения очагов патологического процесса. Использовалась трех балльная система: хорошие результаты, удовлетворительные, неудовлетворительные. При лечении больных с острым ларингитом хорошие результаты отмечены у 22 (100%) пациентов. У больных с ХГЛ хорошие результаты отмечены у 65 (84,42%), удовлетворительные — у 15,58%, с доброкачественными новообразованиями гортани хорошие результаты отмечены у 37 (82%), удовлетворительные — у 17,78%. При гистологическом подтверждении диагноза органического заболевания гортани все больные направлены в онкологический диспансер для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНТЕРОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Мусаишхов Х.Т., Маткаримов Б.Х., Дадабоев О.Т., Василевский Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Острый панкреатит до настоящего времени является одной из наиболее важных проблем в современной абдоминальной хирургии. Это объясняется значительным распространением заболевания, недостаточной разработкой и отсутствием единых взглядов на некоторые вопросы патогенеза. В настоящее время всё большее распространение приобретает использование искусственных систем, временно поддерживающих нарушенные функции печени и почек. Среди них чрезвычайно перспективным считают применение сорбентов - веществ, поглощающих токсичные вещества из внутренней среды организма.

Широкое внедрение экстракорпоральных методов детоксикации при остром панкреатите ограничено общеизвестными недостатками этих методов, особенно у больных пожилого и старческого возраста и при выраженной патологии общего и коронарного кровообращения. Среди менее инвазивных методов детоксикации внутренних сред организма всё большее внимание клиницистов привлекает метод энтеросорбции, при проведении которого происходят эффекты детоксикации различных экзо- и эндогенных веществ с вовлечением в этот процесс естественных детоксикационных функций.

Цель исследования. Оценить эффективность детоксикации организма при панкреатогенной интоксикации путём использования нового класса сорбента АУ-К в комплексном лечении острого панкреатита.

Материалы и методы исследования. У 51 больного острым панкреатитом в комплекс лечебных мероприятий по борьбе с эндогенной интоксикацией мы включали энтеросорбцию с сорбентом АУ-К, разработанным Узбекским химико-фармацевтическим научно-исследовательским институтом.

Полученные результаты и их обсуждение. Консервативная терапия проведена у 43 больных, оперированы – 8 больных, из которых 1 умер. Курс лечения энтеросорбции составлял в среднем 6-7 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения проводилось по показаниям и обосновывалось течением болезни и биохимическими показателями. Сорбент АУ-К назначали в дозировке 1г/кг массы тела в сутки и производили приём 3 раза в день внутрь. Больным с тяжелым течением заболевания, сопровождающимся многократной рвотой, и после операции сорбент в первые дни вводили через назогастральный зонд сразу же после аспирации и промывания желудка. Важно сохранять интервал между приёмом медикаментозных препаратов и энтеросорбента, который составлял не менее 1,5 часов. Для компенсации увеличивали дозировку лекарств с учетом их частичной сорбции или отдавали предпочтение парентеральному способу введения препаратов.

Изучение в динамике общего состояния больных показало, что проведение энтеросорбции на фоне комплексной терапии оказывает благоприятное влияние на течение заболевания. При этом быстрее исчезали явления интоксикации, отмечалось раннее снижение интенсивности болевого синдрома, ликвидация явлений метеоризма и восстановление кишечной перистальтики. Под влиянием энтеросорбции количество лейкоцитов на 5 – 6 сутки уменьшилось в 1,8 раза. Уровень ЛИИ к этому сроку составил 1,09 ед, что в 2,8 раза меньше, чем при поступлении. На 5 сутки от начала энтеросорбции отмечено снижение активности амилазы в крови в 2,4 раза, а в моче – 2,7 раза. После приема АУ-К на фоне комплексной терапии отмечено снижение активности липазы на 5-6 сутки на 24%, трипсина на 19% относительно исходного уровня, но эта разница не достигала достоверных величин. Наблюдалось повышение активности ингибитора трипсина на 35%. Высокая эффективность и благоприятное влияние энтеросорбции на течение болезни отмечено у 42 больных, вместе с тем, приём АУ-К в установленной дозе в течение 6-7 дней не привёл к улучшению состояния и снятию интоксикации у 8 больных. Это явилось основанием для увеличения количества применяемого сорбента АУ-К до 1,5-2 г/кг массы тела и продления проведения курса энтеросорбции до 10 дней до получения клинического эффекта.

Закключение. Полученные данные позволяют считать, что энтеросорбция сорбентом АУ-К при лечении острого панкреатита имеет определенные перспективы, являясь целесообразным методом детоксикации. Ценность метода возрастает из-за его простоты, доступности и отсутствия осложнений. По-видимому, энтеросорбция, как патогенетически обоснованный метод сорбционной детоксикации, может получить широкое применение в комплексном лечении больных острым панкреатитом.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Мусашияхов Х.Т., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Икрамова Ф.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Наряду с положительными результатами широко используемых в настоящее время экстракорпоральных методов лечения эндогенной интоксикации при механической желтухе неопухолевого генеза, им присущи весьма серьёзные недостатки, что является причиной поиска новых, патогенетически обоснованных, менее инвазивных методов борьбы с эндогенной интоксикацией при этой тяжелой патологии. Появление нового класса сорбентов обуславливает необходимость всестороннего изучения их эффективности у данной категории больных.

Цель исследования. Оценить эффективность энтеросорбции полифепаном в комплексном лечении больных с механической желтухой неопухолевого генеза.

Материалы и методы исследования. У 23 больных с механической желтухой неопухолевого генеза в комплекс лечебных мероприятий по борьбе с эндогенной интоксикацией включали энтеросорбцию полифепаном. Курс лечения энтеросорбции составлял в среднем 7-8 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения проводилось по показаниям и обосновывалось течением болезни и биохимическими показателями. Сорбент полифепан назначали в дозировке 1- 1,5 г/кг массы тела в сутки и производили приём 3 раза в день внутрь. Больным с тяжелым течением заболевания, сопровождающимся многократной рвотой, и после операции сорбент в первые дни вводили через назогастральный зонд сразу же после аспирации и промывания желудка. Важно сохранять интервал между приёмом медикаментозных препаратов и энтеросорбента. Для компенсации увеличивали дозировку лекарств с учётом их частичной сорбции или отдавали предпочтение парентеральному способу введения препаратов.

Полученные результаты и их обсуждение. По клинко-лабораторным данным различали легкую (7), среднюю (10) и тяжелую (6) степень интоксикации. Все больные были оперированы. Консервативная терапия проводилась с целью предоперационной подготовки у всех больных, с включением энтеросорбции полифепаном. Умер 1 больной.

В послеоперационном периоде энтеросорбция проводилась по показаниям. Она обосновывалась течением болезни и биохимическими показателями. Изучение в динамике общего состояния больных показало, что проведение энтеросорбции на фоне комплексной терапии оказывает благоприятное влияние на течение заболевания. При этом быстрее исчезали явления интоксикации, желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, отмечалось раннее снижение интенсивности болевого синдрома, ликвидация явлений метеоризма и восстановление кишечной перистальтики. Под влиянием энтеросорбции количество лейкоцитов на 5 – 6 сутки уменьшилось в 1,5 раза, билирубина в 3,6 раза, АСТ и АЛТ в 2,7 раза, индекса эндогенной интоксикации в 2,3 раза. Уровень лейкоцитарного индекса интоксикации к этому сроку составил 0,9 ед, что в 2,4 раза меньше, чем при поступлении. Высокая эффективность и благоприятное влияние энтеросорбции на течение болезни отмечено у 17 больных. Вместе с тем, приём полифепана в установленной дозе в течение 7-8 дней не привёл к улучшению состояния и снятию интоксикации у 6 больных. И только продолжение курса лечения до 10-12 суток позволило получить терапевтический эффект у 5 больных.

Закключение. Полученные данные позволяют считать, что энтеросорбция при лечении механической желтухи неопухолевого генеза имеет определенные перспективы, являясь целесообразным методом детоксикации. Вероятными

механизмами лечебного действия энтеросорбции является снижение уровня ферментов и биологической активности содержимого кишечника. Она не требует особых условий и аппаратуры и может быть применена в условиях общехирургических стационаров. Ценность метода возрастает из-за его простоты, доступности и отсутствия осложнений. Особое значение его использование приобретает у больных пожилого и старческого возраста. Это из-за наличия тяжёлых сопутствующих заболеваний, при которых использование других более инвазивных методов детоксикации ограничено. Таким образом, энтеросорбция, как патогенетически обоснованный метод дезинтоксикации организма может быть рекомендован для широкого применения в комплексном лечении больных с механической желтухой неопухолевого генеза, значительно снижая тем самым функциональную нагрузку на физиологические органы детоксикации..

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мустафаев А.Л., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы относятся к числу относительно нечастых, но, как правило, сложных для диагностики и тяжело протекающих повреждений. Они встречаются у 1-8% пострадавших с травмой живота, обычно в сочетании с повреждениями других органов и составляют 15-20% среди повреждений органов брюшной полости (С.Ф. Багненко с соавт., 2015; Ш.И. Каримов с соавт., 2017).

Цель исследования. Изучить особенности течения острого посттравматического панкреатита у больных при сочетанной травме живота.

Материалы и методы. Нами проанализировано 15 случаев повреждений поджелудочной железы, осложненной острым посттравматическим панкреатитом. Мужчин было 12 случаев, женщин – 3, возраст больных от 27 до 40 лет.

Закрытая травма живота, как причина острого посттравматического панкреатита была у 12 пациентов (прямой удар в эпигастральную область – 6, падение с высоты – 4, дорожно-транспортная травма – 2). В 3-х наблюдениях причиной ОП явилось колото-резаное ранение. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкого и толстого кишечника, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди и др.).

Результаты. У всех больных развивался острый посттравматический панкреатит, обусловленный общими (травматический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическим некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

По тяжести повреждения у наших больных мы различаем:

I степень – ушиб и отек, подкапсульная гематома – у 3 больных;

II степень – поверхностный разрыв, глубокий разрыв с повреждением ткани, но без разрыва протока – у 7 пациентов;

III степень – травма железы с разрывом главного панкреатического протока – у 3 пострадавших;

IV степень – панкреатодуоденальная травма, размоложение или отрыв части железы – у 2 больных.

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями шока (у 7), внутреннего кровотечения (у 5) и перитонита (у 3 больных).

Необходимо подчеркнуть, что все варианты повреждений поджелудочной железы требуют проведения антисекреторной, антиферментной, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

В зависимости от характера и локализации поражения применяют следующие виды оперативного лечения травм поджелудочной железы (острого посттравматического панкреатита), основанные на принципах адекватного дренирования зоны повреждения, удаления явно нежизнеспособных тканей железы, восстановление пассажа или рационального отведения панкреатического сока. Гемостаз и дренирование зоны повреждения – у 5 больных, вскрытие и опорожнение забрюшинных гематом – у 4, дренирование поврежденного панкреатического протока – у 3, левосторонняя резекция поджелудочной железы – у 2, отключение двенадцатиперстной кишки – у 1 больного.

Из 15 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерло 6 человек (40%). Из них у 5 человек был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит и у 1 – парапанкреатит и перитонит.

Выводы. Необходимо особо отметить, что дальнейший прогресс в улучшении результатов комплексного лечения острого посттравматического панкреатита мы видим в совместной работе хирургов, врачей интенсивной терапии, гастроэнтерологов и исследователей в различных областях медицины.

РЕИНФУЗИЯ КРОВИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Кенжемуратова К.С., Джураева З.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. В ургентной абдоминальной хирургии часто возникают ситуации, связанные с необходимостью коррекции кровопотери. В то же время иногда при переливании большого количества консервированной крови, особенно длительных сроков хранения, возникают осложнения, обусловленные ее структурно-морфологическими и биохимическими изменениями. Уменьшению объема переливаемой крови, а следовательно, снижению частоты гемотранфузионных осложнений способствует реинфузия крови, излившейся в брюшную полость. При этом достигается коррекция нарушенной гемодинамики, пострадавшему возвращают его плазму и форменные элементы крови. Реинфузия при тяжелых травмах органов брюшной полости является средством реанимации (М.Ф.Черкасов с соавт., 2005; С.Ф. Багненко с соавт., 2015)

Цель исследования. Оценить эффективности реинфузии крови при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы и методы. Обследовано 118 больных, которые находились на стационарном лечении и оперированы в Самаркандском филиале РНЦЭМП по поводу травм и ранений печени и селезенки. У этой категории пострадавших имело место острая внутриполостная кровопотеря и постгеморрагических гемодициркуляторный шок различной степени.

Результаты. Лица с ранениями органов различной брюшной полости составили чуть более две трети всех пострадавших. Причем, у них удельный вес гемоперитонеума III степени составляет 67,5%, кровопотери I степени имело место у лишь 11% пострадавших. При лапаротомиях максимальное количество собранной и реинфузированной крови составил 2,5 л, а минимальное не превышал 1,0 л. При отрицательных пробах Гемпеля или Колесникова на гемолиз (И.С. Колесников, 1979 г.), в подавляющем большинстве случаев (55%) переливалась 0,5-1,0 л крови. Всего реинфузировано 48650 мл крови.

При острой кровопотери I степени было возвращено организму более 50% потерянной крови, при II степени – реинфузировано в среднем 72% излившейся крови, тогда как при III степени – в среднем 82% крови. Среднее пребывание больных на койке составили от 14±3 до 25±6 дней.

Нами прослежены сроки нормализации гемодинамики и гемограммы после реинфузии крови в зависимости от степени острой кровопотери: 16 пострадавших с I степенью, 55 - со II степенью, 47 - с III степенью кровопотери.

У больных I степенью кровопотери после реинфузии (250±20 мл) гемодинамики у них стабилизировалась в сроки 25±10 мин., то есть на операционном столе, гемограмма восстановилась к концу 3-4 суток.

Тогда, как у больных II и III степени кровопотери, которым удалось вернуть организму от 750±25 мл до 1050 мл, соответственно гемодинамические показатели через 3 часа и гемограммы стабилизировались в сроки 5-8 дней после операции. Осложнений после реинфузии крови не было ни в одном случае.

Выводы. Таким образом, реинфузия крови является простым, безопасным, доступным и эффективным методом коррекции острой массивной кровопотери и гемодициркуляторного шока.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Тухтаев Ф.М., Мизамов Ф.О.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Повреждения органов мочеполовой системы среди травм других органов составляют 1-3 % случаев (Я.С. Кукуруз с соавт., 2001). Повреждение мочевого пузыря занимает особое место в проблеме сочетанного травматизма (А.А. Петров с соавт., 2004; Р.М. Rommensetal., 2003). Травма мочевого пузыря является одной из наиболее тяжелой среди повреждений органов мочевыделительной системы. Летальность от нее достигает по некоторым данным 40-80 % (А.Б. Казаниев с соавт., 2004). Такой высокий показатель объясняется развитием ранних и поздних осложнений, таких как кровотечение, шок, мочевые затеки, урогематомы, эмболия и сепсис.

Цель исследования. Изучить и обобщить результаты хирургического лечения повреждений мочевого пузыря при сочетанной травме живота.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный и проспективный анализ 68 больных. Находившихся на стационарном лечении с повреждениями мочевого пузыря в экстренном урологическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП (40 больных) и Самаркандском городском медицинском объединении (28 больных), за 2009-2019 годы. Мужчин было 51 (75%), женщин – 17 (25%), в возрасте от 14 до 76 лет (средний возраст – 39,5). 57 (83,8%) пострадавших поступили в стационар в течение 6-12 часов, 11 (16,2%) – 12-24 часов после травмы.

В дорожно-транспортных происшествиях травму получили 39 (57,4%) пострадавших, кататравмы – 15 (22,1%), у 10 (14,7%) больных была бытовая травма, у 3 (4,4%) – производственная, у 1 (1,8%) – ятрогенное повреждения мочевого пузыря.

Диагностика как внутрибрюшинных (у 47 больных – 69,1%), так и внебрюшинных (соответственно 21 – 30,9%) повреждений мочевого пузыря основывался на данных анамнеза, осмотра, пальпации и перкуссии (локализации травмы, нарушения акта мочеиспускания, гематурия, уретрорагия, тупость над лобком, признаки перелома костей таза и др.). Для диагностики повреждений мочевого пузыря мы использовали пробу Я.Б. Зельдовича (1903) у 39 пострадавших, катетеризацию мочевого пузыря у 65 больных, УЗИ – у 55, рентгеноконтрастное исследование мочевого пузыря (цистография) – у 41, КТ – у 11 больных.

В неясных (сложных) ситуациях, целью диагностики повреждений мочевого пузыря (у 7 больных), мы осуществили видеолапароскопию. При этом травма внутрибрюшинной части мочевого пузыря при лапароскопии устанавливался по наличию дефекта стенки органа (прикрытой сальником, кишечником), кровоизлияниям в брюшину в зоне малого таза, истечению интенсивно окрашенной кровью мочи в брюшную полость. Количество геморрагической жидкости у 4 больных достигал 2-3 литра, через 10-12 часов после травмы. В 3-х случаях введение красящего вещества в мочевой пузырь помог нам поставить правильный диагноз. При этом обнаружили стекловидный отек паравезикальной клетчатки и клетчатки малого таза, их прокрашивание указывал на повреждение внебрюшинной части мочевого пузыря.

Результаты. Сочетание травмы живота с повреждением мочевого пузыря наблюдался у 68 больных, из них у 49 (72,1%) с переломами костей таза, повреждением органов грудной полости – у 11, черепа – у 9, конечностей – у 8, позвоночника – у 7 пострадавших.

47 (69,1%) больным с сочетанными травмами с внутрибрюшинным повреждением произведена срединная лапаротомия по поводу перитонита с ушиванием разрыва стенки мочевого пузыря с экстраперитонизацией по методу Д. Василенко (1939), эпицистостомия, санация и дренирование брюшной полости, околопузырного пространства и малого таза (И.В. Буяльский, 1835; McWhorter, 1929).

21 (30,9%) пострадавшим при внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря обнажали срединным надлобковым внебрюшинным доступом. Из них у 14 больных опорожняли околопузырную урогематому и у 5 удаляли свободно

лежащие отломки костей. Полость пузыря вскрывали по передней его поверхности независимо от локализации раны. Разрывы стенках мочевого пузыря зашивали в два ряда. Всем больным этой группы наложили эпицистостомии с вентрификацией пузыря по Красулину и обязательным дренированием паравезикальной клетчатки в подвздошных областях или по Мак-Уортеру-Буяльскому. Вентрификация мочевого пузыря заключается в подшивании его дна двумя кетгутовыми швами к мышцам передней брюшной стенки выше и ниже места введения катетера Фолея.

Летальность при сочетанных травмах живота с повреждением мочевого пузыря составила 16,2% (11 больных). У 9 больных причиной неблагоприятного исхода служили множественная и сочетанная травма черепа, груди, таза, конечностей и живота (печень, селезенка, кишечник) и у 2-х больных мочевой перитонит.

Выводы. При ранней и своевременной диагностике и рациональном оперативном вмешательстве, как при внутрибрюшинных, так и внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря, адекватное дренирование паравезикальной клетчатки и малого таза способствует снижению разнообразных осложнений и летальности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мустафаев А.Л.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Частота травм поджелудочной железы (ПЖ) составляет 4,3-10,7%. Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших, летальность достигает 73%. Своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами ПЖ являются актуальной проблемой хирургии повреждений (И.М.Самохвалов с соавт., 2011, М.А.Васильев, 2011).

Цель исследования. Изучить особенности течения острого посттравматического панкреатита у больных при сочетанной травме живота.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 55 больных с повреждениями поджелудочной железы, осложненными острым посттравматическим панкреатитом в 2009-2019 г. в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Мужчин было 35, женщин -20 в возрасте от 27 до 60 лет. Закрытая травма живота, как причина острого посттравматического панкреатита, была у 45 (81,8%) пациентов (прямой удар в эпигастральную область-24, падение с высоты-8, дорожно-транспортная травма -13). В 10 (18,2) наблюдаемых причиной ОП явилось колото-резанное ранение. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждением других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкой и толстый кишечник, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди).

Мы использовали традиционные клиничко-лабораторные исследования и эндохирургические технологии для диагностики и лечения пострадавших.

Результаты. У всех больных развился острый посттравматический панкреатит, обусловленный общими (травматический и постгеморрагический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическим некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

Из 55 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерли 10 (18,2%). Из них у 6 был тяжелый деструктивных посттравматический панкреатит, у 1 -парапанкреатит и перитонит, множественные осложнения сочетанных повреждений, груди, головного мозга.

Выводы. Улучшение результатов лечения пациентов с травмой поджелудочной железы напрямую связано с адекватным оперативным вмешательством, назначением в послеоперационном периоде профилактической патогенетической терапии.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Мизамов Ф.О., Элмурадов Г.К.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Закрытые повреждения тонкой кишки является наиболее частным и встречается в 22,3-37,8%, а ободочная кишка 4-17%. Они возникают при кататравмах, при ушибе сдавления грудной клетки, при переломах костей таза и скелета (М.Ф. Черкасов с соавт., 2005; И.Б. Мустафакулов с соавт., 2015).

Цель работы. Выработать оптимальную тактику диагностики и лечения повреждений кишечника.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2019 годы в Самаркандском филиале РНЦЭМП оперировано 265 больных с различными повреждениями кишечника. Мужчин было 207 (78,1%), женщин – 58 (21,9%). У 145 (54,7%) больных имелось повреждение тонкой и толстой кишок, а у 120 (45,3%) – повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Результаты. Правильный дооперационный диагноз повреждения кишечника или сочетанных повреждений кишечника и других органов брюшной полости был установлен у 207 (78,1%) из 265. В сомнительных случаях широко пользовались лапароцентезом и лапароскопией, чувствительность которой составила 95-97%. Всех больных с повреждениями живота обязательно госпитализировали.

Предоперационная подготовка должна быть кратковременной (не более 1-2 часов) и интенсивной. У тяжелых больных с разлитым перитонитом она может продолжаться до 4-6 часов и должна быть направлена на восстановление макро- и микрогемодинамики. Однако при сочетанных повреждениях кишечника и печени или селезенки операция оказывается наиболее эффективным методом борьбы с шоком и перитонитом. Оперировали под комбинированной

анестезией с искусственной вентиляцией легких. Методом выбора считаем срединную лапаротомию. После лапаротомии особое внимание уделяем обследованию органов брюшной полости, проводя его в определенной последовательности. При наличии крови в брюшной полости, в первую очередь, находили источник кровотечения и останавливали его. Чаще всего повреждение кишки обнаруживали сразу. В 147 (55,5%) случаях повреждения тонкой кишки были множественными, поэтому хирурги не должны удовлетворяться находкой одного повреждения и тщательно осмотреть весь кишечник.

Ушивания места разрыва тонкой кишки выполнено у 236 (89,1%). Резекция поврежденного участка кишечника протяженностью от 30 см до 90 см сделана у 29 пациентов (10,9%). На заключительном этапе операции проводили тщательный туалет брюшной полости и назоинтестинальную интубацию кишечника. Дренажи оставляли по показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяли профилактике и лечению перитонита.

Летальность составила 10,9% (29 сл.). Причиной смерти у больных были множественные и сочетанные повреждения (череп, груди), прогрессирующий перитонит в связи с поздним обращением и поздно начатым лечением, а также пневмония.

Выводы. Постоянный ретроспективный анализ результатов лечения, аутопсии и судебно-медицинских экспертиз позволит снизить летальность при травмах живота с повреждением кишечника.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Элмуратов Г.К., Умедов Х.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. На долю повреждений живота приходится от 1,5 до 36,5% травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают нарастать (М.Ш. Хубутия, с соавт., 2011; А.М. Хаджибаев, с соавт., 2017). Такая травма из-за тяжести повреждений внутренних органов и трудностей диагностики характеризуется высокой частотой и летальностью, которая по данным различных авторов, составляет от 25% до 65% (А.Н. Тулупов, 2015).

Цель. Улучшить результаты лечения больных с сочетанными повреждениями живота, используя эндоскопические методы.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 257 пострадавших с сочетанной травмой живота и органов забрюшинного пространства. Видеолапароскопия была выполнена 85 пациентам, в том числе 68 пострадавшим, у которых возникли возможности оказания помощи эндохирургическими способами при выполнении диагностической видеолапароскопии – как элемент исследования, или вслед за ней. Наиболее частыми сочетанными повреждениями живота были: ЧМТ – 41,3%, повреждения грудной клетки – 36,5%, травма опорно-двигательного аппарата – 30,3%, костей таза – 21,7%, позвоночника – 3,7%, мочевыделительных органов (почки, мочевого пузыря) – 1,9%.

Шок легкой степени (I-II) сопутствовал сочетанным повреждениям живота у половины пострадавших – 50,8%. У 24,8% была картина тяжелого шока без угрозы для жизни пострадавших, а 15,9% поступающих в отделение больных находились в критическом состоянии крайне тяжелой степени шока с угрозой для жизни. Картина шока по состоянию центральной гемодинамики и функции жизненно важных органов не имела место только у 8,8% пострадавших.

Предложен алгоритм диагностических и лечебных действий при гемоперитонеуме у больных с сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства. При поступлении выполняется УЗИ или КТ в зависимости от выявленного количества жидкости, определяется дальнейшая лечебная тактика.

Результаты. 46,5% больным после видеолапароскопии не потребовались оперативные вмешательства, так как повреждений внутренних органов не обнаружено (32,5%), или они были незначительные (14,0%) и не нуждались в хирургической коррекции (повреждения брюшины, сальника и связок, ушибы органов брюшной полости). Эндохирургические операции выполнены 29,9% пациентам. После диагностической видеолапароскопии или в результате конверсии (11,1%) открытые операции выполнены у 28,7% человек – это были массивные разрушения печени (16,2%), селезенки (20,7%), брыжейки (16,2%), желудка (5,3%), двенадцатиперстной кишки (6,5%), поджелудочной железы (4,0%), тонкой кишки (17,0%), толстого кишечника (10,0%), диафрагмы (4,0%).

Выводы. Эндоскопические методы позволяют визуализировать зону повреждений, выявить наличие гемоперитонеума и оценить его объем, обнаружить прямые или косвенные признаки повреждений внутренних органов, определить тактику лечения, подтвердить или опровергнуть доминирующий характер абдоминальной травмы, выполнить эндохирургическую операцию.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Мустафакулов И.Б., Усаров Т.А., Карабаев Х.К., Авазов А.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Повреждения живота составляют от 1,5 до 18% от числа всех травм мирного времени, но частота и тяжесть их продолжают нарастать (А.С. Ермолов с соавт., 2005; А.М. Хаджибаев с соавт., 2011). Закрытые травмы живота сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью из-за трудностей диагностики и частого сочетания с повреждениями органов других органов и систем. Диагностический алгоритм должен быть пересмотрен в сторону максимального использования современных малотравматичных и высоких информативных диагностических методов (Ш.И. Каримов с соавт., 2010; Валиев Э.Ю. с соавт., 2011).

Цель. Определить достоинства лапароскопической диагностики и лечения повреждений внутренних органов брюшной полости.

Материалы и методы. За 2009-2019 гг. в СФ РНЦЭМП нами выполнено 207 диагностических лапароскопий, из них у пострадавших с травмой живота 176 (85,0%) исследования.

Результаты. В 98(52,7%) случаях при проведении лапароскопии повреждений не было выявлено. Гемоперитонеум от 50 до 500мл был обнаружен в 16(20,5%) наблюдениях. Он был обусловлен «пропотеванием» забрюшинной гематомы, разрывом спаек, повреждением брыжейки кишечника, капсулы печени. Таким больным лапаротомию не выполняли, исследование заканчивали санацией, а при необходимости коагуляцией и дренированием брюшной полости. Гемоперитонеум более 500мл или продолжающееся кровотечение в результате повреждения печени или селезенки, мочевого пузыря или диафрагмы был выявлен в 25 случаях(32,8%). В таких случаях пациентам с продолжающимся кровотечением производили экстренную лапаротомию, а больным, нуждающимся в проведении противошоковых мероприятий на фоне остановившейся геморрагии, операцию откладывали на период выведения из шока. У 31(39,7%) человека лапароскопия явилась окончательным методом лечения. Для этого во время лапароскопии были введены дополнительные троакары и инструменты, производили необходимые манипуляции в брюшной полости: коагуляции места кровотечения, ушивание разрывов, осушивание брюшной полости и её дренирование. Тяжелые, в том числе, множественные повреждения внутренних органов брюшной полости с гемоперитонеумом свыше 500мл диагностированы в 6 случаях(8%). Таким пациентам сразу выполняли лапаротомию. Наши наблюдения показали, что усугубить состояние больного может не столько лапароскопия, сколько один из приемов её выполнения, а именно: наложение напряженного пневмоперитонеума. Повышение внутрибрюшного давления до 10 мм рт. ст. со скоростью 0,5л/мин практически не изменяло показателей центральной и периферической гемодинамики. На этом фоне выполняли лечебно-диагностические манипуляции, а затем прекращали подачу углекислого газа и удаляли его из брюшной полости с минимальной скоростью – по 2 мм рт. ст./мин. Медленное повышение или снижение внутрибрюшного давления позволяло организму адаптироваться к изменяющимся условиям гемодинамики.

Способ динамической лапароскопии также использовали для контроля за состоянием больных при отсроченных операциях (до выведения из шока, стабилизации основных витальных показателей).

Заключение. Применение лапароскопии при травме живота позволяет распознать повреждения органов брюшной полости, выявить гемоперитонеум, определить тактику лечения с учетом характера и локализации повреждения. Такой подход уменьшает операционную травму, способствует ранней активации больного, улучшает послеоперационный период и уменьшает время пребывания больного в стационаре и сроки восстановления трудоспособности.

ОСТРЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

*Мустафакулов И.Б., Мустафеев А.Л., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Травматические повреждения поджелудочной железы (ПЖ) вследствие ее глубокого расположения и хорошей защиты встречаются сравнительно редко. В мирное время они составляют 1-8%, на долю огнестрельных повреждений приходится 0,7-1% всех ранений. Наиболее частые осложнения травмы железы - это панкреатит, забрюшинная флегмона, абсцесс салниковой сумки, сепсис, панкреатический свищ, псевдокиста. Летальность при изолированной травме ПЖ высокая – от 17,5 до 32,3%, а при сочетанных повреждениях она достигает 40-80%(Ш.И. Каримов, с соавт., 2017).

Цель исследования. Изучить особенности течения острого травматического панкреатита.

Материалы и методы. Мы у 30 больных, находившихся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2009-2019 гг., изучали течение посттравматического панкреатита. Мужчин было-17, женщин-13, возраст больных составил от 27 до 50 лет (36,1±1,1 года).

Нами были использованы как традиционные клиничко-лабораторные исследования, так и эндохирургические технологии для диагностики и лечения пострадавших.

У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждением других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкий и толстый кишечник, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди).

Результаты. У всех больных развился острый посттравматический панкреатит, обусловленный общими (травматический и постгеморрагический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическим некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

По тяжести повреждения мы различаем:

I степень – ушиб и отек, подкапсульная гематома- у 3 больных;

II степень – поверхностный разрыв, глубокий разрыв с повреждением ткани, но без разрыва протока- 17 пациентов;

III степень – травма железы с разрывом главного панкреатического протока – у 6 пострадавших;

IV степень- панкреатодуоденальная травма, размождение или отрыв части железы – у 4 больных.

Клиническая картина травмы ПЖ характеризуются явлениями травматического шока (у17), внутреннего кровотечения (у 8) и перитонита (У 5 больных).

Из 30 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерли 7 (23,3%). Из них у 6 был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 1 -парапанкреатит и перитонит, а также множественные осложнения сопутствующих сочетанных повреждений.

Выводы. Необходимо особо отметить, что дальнейший прогресс в улучшении результатов комплексного лечения острого травматического панкреатита мы видим в совместной работе хирургов, врачей интенсивной терапии, гастроэнтерологов и исследователей в различных областях медицины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ СУХОГО ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Набиева И.Ф., Нарзикулова К.И
РСНПМЦ Эндокринологии им. Е.Х. Туракулова
Ташкентская медицинская Академия

Распространенность сахарного диабета (СД), сопровождающегося поражением органа зрения и синдромом сухого глаза (ССГ) приводит к тому, что офтальмологи и эндокринологи все чаще сталкиваются с пациентами, имеющими проявления обоих патологических процессов. Развитие техногенной зависимости общества приводит к значительному росту как СД, так и ССГ в настоящее время. По определению Dry eye work shop (DEWS) - рабочей группы по изучению «сухого глаза», ССГ - это мультифакторное заболевание слезных органов и глазной поверхности, проявляющееся симптомами дискомфорта и сухости в глазах, нарушением зрения и нестабильностью слезной пленки, сопровождающееся повышением ее осмолярности и воспалением глазной поверхности. Гипергликемия, являющаяся следствием обменных нарушений и нейропатии при СД, увеличивает риск развития роговично-конъюнктивального кератита у данной категории больных.

Цель работы. Оценить клиническую эффективность гипогликемической терапии при лечении ССГ у больных СД. Критерии включения в исследование: больные с ССГ, на фоне СД, ранее не получавшие препараты «искусственной слезы», находившиеся на стационарном и/или амбулаторном лечении. Проведено анкетирование 400 больных СД при помощи вопросника OSDI (Ocular Surface Disease Index – индекс болезни глазной поверхности, Schiffman R.M et al, 2000; адаптированный валидный перевод с участием лингвистов на узбекский и русский языки; Бахритдинова Ф.А., Макарова Е.К., 2008). Выявлено 30 пациентов с ССГ, из них с ССГ I степени - 20 пациентов (66,7 %), с ССГ II степени - 10 пациентов (33,3 %), СД I типа наблюдался у 8 (26,7%) пациентов и СД II типа у 22 (73,3%) пациентов. Продолжительность основного заболевания в среднем составляла $18,6 \pm 5,3$ года. СД некомпенсированный, уровень гликемии составляет в среднем $12,4 \pm 2,1$. Пациенты получали гипогликемическую терапию, назначенную эндокринологом.

Всем пациентам до и после лечения проводились стандартные офтальмологические методы исследования. Для оценки степени объективных признаков ССГ при биомикроскопии оценивались изменения переднего отрезка глазного яблока. Оценивались показатели объективных проявлений заболевания: гиперемия конъюнктивы, отделяемое в виде слизистых нитей, включения в слезной пленке по 3х бальной шкале (отсутствие признака, 1- легкие проявления, 2- умеренные проявления, 3- резко выраженные). Контроль уровня глюкозы в крови проводился до и после лечения.

Результаты и обсуждение. До лечения, почти у 100% пациентов обеих групп отмечались жалобы на ощущение сухости в глазах, чувство жжения и плохую переносимость дыма, ветра и кондиционированного воздуха. Слезотечение и боль при инстилляциях глазных капель беспокоили в 67,7 и 33,3% случаев соответственно. Через 2 недели после проведенной комплексной гипогликемической терапии, уровень сахара в крови пациентов был компенсирован и достиг в среднем уровня $7,11 \pm 1,21$ ммоль/л. У 6 пациентов с I степенью ССГ в результате лечения отмечалось достоверное ($P < 0,05$) нивелирование субъективных проявлений заболевания. Значительно уменьшилась гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока, отмечалась значительная эпителизация глазной поверхности, отсутствовало слизистое отделяемое, эпителиальные нити и слезостояние отсутствовали. У двух пациентов этой группы уровень сахара снизился незначительно и явления ССГ сохранились. У пациентов со 2-ой степенью ССГ положительная динамика выражена недостоверно. Этим пациентам, а также 2м пациентам с I степенью тяжести ССГ назначены для закапывания препараты искусственной слезы. Нейропатия на фоне метаболических нарушений при СД является дополнительным фактором, способствующим утяжелению течения роговично-конъюнктивального кератита. Важно помнить, что при СД, который относится к системным заболеваниям, развиваются такие патологические состояния, как микроангиопатия и полинейропатия, значительно влияющие на степень выраженности ССГ. Комбинация различных факторов, приводящих к развитию ССГ (работа за компьютером, пребывание длительное время в помещении с кондиционером, использование контактных линз, кераторефракционные операции) с одной стороны, а также наличие обменных нарушений и нейропатии при СД, с другой, увеличивает риск развития роговично-конъюнктивального кератита у данной категории больных.

Заключение. Терапия пациентов с ССГ при СД должна быть комплексной, включающей базовую гипогликемическую терапию. При легкой степени ССГ, адекватная и эффективная гипогликемическая терапия, даже без инстилляций слезозаместительных капель, существенно снижает субъективные и некоторые клинические проявления ССГ I степени при СД. Пациентам со II степенью ССГ и некоторым пациентам с I степенью ССГ, с отсутствием особой эффективности гипогликемической терапии, к лечению стоит добавить инстилляций препаратов искусственной слезы. Офтальмологи должны быть насторожены в плане СД у больных с ССГ, где эффективность лечения зависит от уровня гликемии пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ

Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Л., Хабибуллаев Х.А., Пакирдинов А.С.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский областной многопрофильный медицинский центр

Расширение показаний к операциям легких и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) совершенствование технологии операций и методологии инвазивной респираторной поддержки заметно улучшили результаты послеоперационных осложнений при многих критических состояниях. Несмотря на эти достижения, остается актуальной риск возникновения ранней вентилятор-ассоциированной пневмонии, эрозивно-гнойного эндобронхита, закупорка бронхов мокротой или гнойной пробкой которые часто приводят к ателектазу легкого.

Воспалительные изменения в слизистой оболочке и подлежащих слоях бронха могут вызывать выраженные органические и функциональные изменения, а в ряде случаев к гибели больного.

Особое значение в современном лечении заболеваний дыхательных путей уделяется широкому использованию аэрозольной терапии, что связано с возможностью быстрой доставки препаратов в дыхательные пути, высокой местной активностью ингаляционных средств, неинвазивностью с уменьшением системных побочных эффектов.

Небулайзерная терапия-вид современного ингаляционного лечения основанной на применении аэрозолей лекарственных веществ, получаемых так называем «холодным путем».

С помощью небулайзерной терапии возможно эффективная доставка к «locus morbi» препаратов в обычных и высоких дозах. Грамотное применение небулайзерной терапии позволяет не только лечение, но и профилактику болезней органов дыхания, сопровождающихся обструкцией. Поиск эффективных средств для профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний легких у больных, оперированных на легких остается актуальной проблемой.

Материалом послужили результаты обследования и лечения 57 больных, которым была произведена оперативная лечения на легких за период 2014-2016гг. Больные были разделены на две группы: первую группу включены больные, у которых применялся небулайзерная терапия (27 больных), в контрольную группу включены больные, пролеченные без применения небулайзерной терапии (30 больных). Средний возраст больных составил 34,4-15,4лет.

В исследование включены больные после различных операций, таблица-1. Характер выполненных операций.

Вид оперативного вмешательства	Группы			
	основное		контрольное	
	абс	%	Абс	%
Резекция нижней доли слева	10	37.03 %	12	40%
Резекция нижней доли справа	6	22.2%	8	26.6%
Нижняя билобэктомия	6	22.2%	4	13.3%
Резекция верхней доли справа	3	11.1%	3	10%
Резекция средней доли	2	7.4%	3	10%
Итого	27	100%	30	100%

Всем больным в основной группы находящихся на ПИВЛ проведена небулайзерная терапия содержащая антибактериальных препаратов, бронхолитики и муколитики.

Небулайзерная терапия у этой группе больных начинали в операционной во время ЭТН или сразу после перевода больного в реанимационное отделения, и продолжалось в течение 3-5 дней в зависимости от состояния больного. Ранний послеоперационный период в основной группе протекало без особых анестезиологических осложнений. Санацию бронхиального дерева произведен при необходимости через интубационную трубку перед экстубацией. Ранняя восстановления бронхиального дренажа позволило у этих больных расправлению оставшегося легкого на контрольной рентгенографии. Температура нормализовалась на 2-3 сутки после операции, дренажные трубки удалены на 3-4 сутки после операции. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии из стационара.

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде у 12 больных PO₂-снижалось до 85-80%, что связано было с обструкцией бронхиального дерева гнойной пробкой или мокротой. В связи, с чем у этих больных была применена фибробронхоскопическая санация (ФБС) бронхиального дерева и больные находились на ИВЛ до10+15часов. У 3-больных ФБС санация проведена более 5-7раз. У 2 больных связи с ателектазом оставшегося доли легкого после экстубации продолжалось ФБС санация. На контрольной рентгенографии у 2-больных отмечалось остаточная полость связи, с чем эти больные были выписаны с дренажной трубкой.

Таким образом, включение в комплекс послеоперационной профилактики и лечении гнойно-воспалительных заболеваний легких у больных оперированных на легких, на этапе ИВЛ в виде небулайзерной терапии позволяет, снизит частоту специфических бронхолегочных осложнений, улучшает клиническое состояние больных, сокращает сроки выздоровления.

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

*Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Убайдуллаев Ф.К., Махмудов А.Б., Пакирдинов А.С.
Андижанский государственный медицинский институт
АФ РНЦЭМП. АОММЦ*

Одной из актуальных проблем современной неотложной медицины считается сочетанная травма (СТ). Летальность при сочетанной травме варьируется от 30 до 85 % и не имеет тенденции к снижению.

В Узбекистане число травм на 100 тыс. населения составляет 3077, а в некоторых регионах страны превышает 5000 случаев (А.М.Ходжибаев., Э.Ю.Валиев 2010г).

Сочетанные повреждения, как правило, сопровождаются развитием феномена, что крайне лимитирует врача во времени, усложняет процесс диагностики и ухудшает прогноз.

Традиционно сложилось так, что показания к экстренной торакотомии при травмах грудной клетки основывается из клинической, рентгенологической и сонографической картины повреждений органов грудной клетки. При таком подходе к выбору тактики хирургического лечения у больных с политравмой и сочетанной травмой диагностические ошибки достигают от 27% до 70%, а частота напрасных торакотомий достигает до 15 – 25 %.

Новые перспективы в этом направлении открывают эндовизуальные методы диагностики.

Доказано, что торакоскопия эффективна в выявлении ранений диафрагмы в 98 % при эвакуации гемоторакса в 90 % в случае внутриплеврального кровотечения в 82 % наблюдается. При этом в 62 % наблюдений удаѣтся избежать торакотомии или лапаротомии (М.М.Абакумов 2007г).

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения повреждений органов грудной клетки у больных с сочетанной травмой.

Материалы и их обсуждение.

За период 2012 – 2018 гг. в АФ РНЦЭМП и АОММЦ с сочетанной травмой с повреждением грудной клетки было госпитализировано 558 больных. Множественные переломы рѣбер диагностированы у 476 (85%), гемопневмоторокс 57 (10,2%), пневмоторакс у 32 (5,7%), разрыв диафрагмы слева у 2 (0,36%), гемоторакс у 106 (18,9%) .

Торакоскопию проводили с использованием местного обезболивания заключающегося в применении межреберной или субплевральной блокады и инфильтрационного обезболивания в месте введения троакара, которые дифференцировано дополняли в зависимости от задач торакоскопии и уточненной при исследовании локализации патологического процесса субплевральной блокадой, терминальным обезболиванием париетальной плевры.

Используемый способ местной анестезии давал возможность осмотреть все отделы легкого и плевры и у пациентов устранить в некоторых случаях гемоторакс или завершить манипуляцию на диагностическом этапе, уменьшая тем самым анестезиологическую агрессию и во многих случаях выполнит в условиях реанимационного отделения.

Торакоскопия выполнена у 45 пострадавших. В двух случаях при торакоскопии было диагностировано разрыв левого купола диафрагмы с перемещением органов брюшной полости в плевральную полость. В 12 случаях у больных с нестабильной гемодинамикой для определения продолжающего характера кровотечения, была выполнена торакоскопия с эвакуацией гемоторакса. В 9 случаях причиной посттравматического пневмоторакса явилось повреждение лёгкого.

Применение торакоскопии у 22 больных с тяжелой политравмой позволило окончательно определить дальнейшую хирургическую тактику. При этом, у 13 пациентов выявлены разрывы легкого не требующие торакотомии, в 9 случаях диагностированы сопутствующие переломы ребер с обширными ушибами легочной паренхимы.

Торакотомия была выполнена у 18 больных. Во всех случаях причиной широкой торакотомии явился большой гемоторакс или продолжающее внутри плевральная кровотечение. В связи с продолжающегося кровотечения, источником явилось в 8 случаях повреждение межрёберных сосудов, в 4 случаях паренхима лёгкого. В остальных 6 случаях торакотомия была произведена по поводу свернувшегося гемоторакса. Была выполнена эвакуация гемоторакса, санация и дренирование плевральной полости. В 2-х случаях после подтверждения диагноза разрыва диафрагмы, произведено низведение органов в брюшную полость и ушивание диафрагмы.

Заключение. Таким образом, применение торакоскопии в комплексной диагностике и лечении при сочетанном повреждении грудной клетки позволяет установить его причину у 76,3 % больных и снизить частоту напрасных торакотомии до 65%.

Принципиальным вопросом выполнения торакоскопии является дооперационная диагностика тяжести повреждения. Выполнение торакоскопии при сочетанном повреждении грудной клетки основано на тщательной оценки тяжести повреждения, а также выбора оптимального способа решения.

У пациентов с подозрением на повреждение внутригрудных органов торакоскопическая ревизия, с последующей дренажной торакостомией, является обязательным элементом диагностического алгоритма.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ ПРИ МАССОВЫХ КАТАСТРОФАХ

Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Усманов А.К., Меликузиев Э.Б., Убайдуллаев Ф.К., Махмудов А.Л., Пакирдинов А.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Андижанский областной многопрофильный медицинский центр.

На протяжении длительного времени тактические установки при массовом поступлении пострадавших с ургентной торакальной патологией остаются предметом дискуссий и разногласий. Ведение пациентов с повреждениями органов грудной клетки, учитывая расположенные в ней жизненно важные структуры, должно быть строго регламентированным, а диагностический алгоритм охватывать большее количество вариантов.

В настоящее время основным залогом успешного лечения пострадавших с повреждениями грудной клетки является комплекс лечебных мероприятий, основу которых составляет противошоковая терапия и методы торакальной реанимации.

Анализирован опыт диагностики и лечения 190 пациентов с различными травмами грудной клетки, госпитализированных в Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, и Андижанской областной многопрофильной медицинской помощи. Лиц мужского пола было 108, женщин – 72 пациента.

По характеру травматизма различали у 101 – автодорожные травмы, в 43 случаях причиной увечий было падения с высоты, в остальных 46 – травма носила криминальный характер.

Диагностика травм органов грудной клетки проводилась при помощи методов объективного осмотра, лабораторных анализов и данных инструментальных исследований, включавших УЗИ органов брюшной полости, полипозиционную рентгеноскопию и рентгенографию, торакоскопию и фибробронхоскопию (ФБ).

Всем больным при поступлении проводили обще клинические анализы крови, ЭКГ, ультразвуковое сканирование брюшной и плевральной полости, рентгеноскопию и обзорную рентгенографию грудной клетки. Динамику развития

болезни оценивали по проводимому мониторингу показателей гемодинамики (пульс, артериальное давление, центральное венозное давление, чрезкожная оксиметрия, PO_2 , PCO_2 крови).

Гемопневмоторакс обнаружен у 105 больных, изолированный гемоторакс выявлен у 51 больных, у 19 – единственным признаком внутригрудных повреждений было наличие подкожной эмфиземы, а в 15 случаях гемопневмоторакс сочетался с кровохарканьем.

Проникающие колото-резанные ранения в 14 случаях сочетались с повреждением костных структур грудной клетки. Среди этого контингента больных левосторонняя локализация раны отмечена у 19, справа повреждения отмечены у 6 больных и двустороннее множественное ранение было у 7 больного.

Преобладали закрытые травмы груди – 64 больных, из них сочетанные повреждения были у 32. Наиболее часто встречались сопутствующие повреждения головы, переломы тазовых костей. Переломы ребер, лопатки, грудины, ключицы диагностированы у 15 больных.

Ранения межреберных артерий установлено в 11 случаях, повреждения внутренней грудной артерии – в 2, легкого – в 27, диафрагмы – в 2 случаях и сочетанные повреждения левой доли печени, сальника и желудка – в 8 наблюдениях. Повреждения сердца и перикарда установлено у 7 больных, из них в 1 случае диагностирован полный продольный разрыв перикарда с транспозицией сердца в левую плевральную полость.

Выполнено 114 операций у 190 больных. Из них широкие межреберные торакотомии – 52 пациентов, торакоскопия – 42 и дренажная торакостомия у 20 больных. Было 6 летальных исхода.

Анестезиологическое обеспечение – эндотрахеальный наркоз в сочетании с ТВА. При наличии показаний применялась объемная ВЧ ИВЛ аппаратом BIRD AVIAN. Для обеспечения однологичной вентиляции использовали двухпросветную эндотрахеальную трубку Mallinckrodt. При тяжелой сочетанной закрытой травме груди с нарушением каркасности грудной клетки общая анестезия предшествовала всем хирургическим манипуляциям.

Среди закрытых травм груди у 29 пациентов преобладали тяжелые сочетанные повреждения, сопровождавшиеся признаками травматического шока в торпидной фазе с нестабильными показателями гемодинамики и внешнего дыхания (систолическое артериальное давление 50-80 мм. рт. ст., частота дыхания 28-40 в мин., тахикардия от 100 до 160 в мин.).

Характерными являлись множественные переломы костей грудной клетки, нередко с флотирующими фрагментами. При оценке показателей газообмена отмечалась артериальная гипоксия (PaO_2 – 73-60 мм.рт.ст. и ниже).

Характер и обстоятельства травмы выяснялись со слов сопровождающих лиц. Типичными были жалобы на сильную боль и затруднение дыхания.

Рентгенологическая картина характеризовалась сочетанием наличия газового пузыря и горизонтального уровня жидкости, различной степени коллабироваия легкого и смещения тени средостения. Однако, у больных с тяжелыми сочетанными повреждениями грудной клетки, головного и спинного мозга, конечностей, тазовых костей рентгенологическое исследование было затруднено.

Применение торакоскопии у 29 больных с тяжелой политравмой позволило окончательно определить дальнейшую хирургическую тактику. При этом, у 13 пациентов выявлены разрывы легкого не требующие торакотомии, в 6 случаях диагностированы сопутствующие переломы ребер с обширными ушибами легочной паренхимы.

При проникающих ножевых ранениях груди у 8 больных установлено торакоабдоминальное и абдоминально-медиастинальное повреждения. Подавляющее большинство госпитализированных раненных имели одиночное повреждение - 14 больных, а множественное двустороннее ранение - у одного. Наиболее часто повреждалась легкое (10 %), ранение сердца (6) с локализацией ран на диафрагмальной поверхности левого желудочка в 1 случае и множественными (до 2) ранами левого предсердия и левого желудочка у другого больного. Повреждение внутренней грудной артерии наблюдалось в 4 случаях.

Показаниями к торакотомии у 26 больных явились наличие среднего гемоторакса с положительной пробой Рувилуа-Грегуара, у 6 – локализация раны в проекции сердца, открытый пневмоторакс в 4 случаях, обнаружение раны диафрагмы с профузным кровотечением при лапаротомии – 1, послужило причиной экстренной торакотомии.

У 42 больных со стабильной гемодинамикой и удовлетворительными показателями внешнего дыхания, применена торакоскопия. В 22 случаях установлено повреждение легкого и у 1 больного в плевральной полости обнаружено желудочное содержимое, связанное с повреждением желудка и диафрагмы.

В заключение следует отметить, что в условиях ЧС:

1. Диагностику и тактику хирургического лечения при повреждениях грудной клетки необходимо индивидуализировать для каждого конкретного случая.
2. У пациентов с подозрением на повреждение внутригрудных органов торакоскопическая ревизия, с последующей дренажной торакостомией, является обязательным элементом диагностического алгоритма.
3. Выбор хирургической тактики при травмах груди определяется результатами диагностической торакоскопии.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА

*Назаров. Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Л., Пакирдинов А.С.
Андижанский государственный медицинский институт
АОММЦ*

Хирургическая пульмонология располагает значительным числом методов ушивания культи бронха, для надежного закрытия бронха при резекции легких. Постоянно продолжают поиски новых, более эффективных методов закрытия культи бронха. Несостоятельность культи бронха и бронхиальные свищи продолжают встречаться в послеоперационном периоде, отрицательно влияя на исходы оперативного лечения и прогноз при хирургическом лечении заболеваний легких.

Консервативная терапия бронхиальных свищей после пульмонэктомии и резекции доли малоэффективны, а предложенные методы лечения- от простых и щадящих, как эндоскопическая санация и прижигание свища, применение биологического клея до сложных и травматичных повторных оперативных вмешательств- торакотомия и тампонада,

торакопластика с мышечной пластикой остаточной полости, повторные ушивание бронхиального свища нельзя считать унифицированными.

Гладкое течение послеоперационного периода зависит как от общих условий, так и от местных условий: изменений в бронхе на уровне пересечения, кровообращения стенок раны, ригидности ее краев, их сопоставления, инфицирования и т.д.

При широко применяемых способах: механические швы аппаратов УКЛ и др. и методах ручного шва, основанных Суита, когда швы проходят через все слои бронха, включая слизистую, не соблюдаются условия, необходимые для гладкого течения.

Предлагаем комбинированный способ, разработанный в нашей клинике закрытия культи бронхов. Принцип его заключается в том, что на дистальный конец резецируемого бронха накладывается циркулярная лигатура, при затягивании которого мембранозная часть бронха инвагинируется внутрь и уменьшается его просвет. После чего накладывается механический шов и дистальная часть отсекается. Вторым этапом на расстоянии 4-5 мм от края бронха пришивают через все слои атравматическими нитями. При необходимости культи покрывается лоскутом медиастинальной плевры, для этого ее отсепаируют и под плевру подводят культю бронха.

По вышеописанной методике было оперировано 27 больных, из них 12-женщин, 13 мужчин, в возрасте от 20 до 55 лет. Резекция нижней доли слева выполнено у-13, резекция нижней доли справа у-6, нижняя билобэктомия у-4, пневмонэктомия-4. Причинами для удаления части легкого служили в 3 случаях центральное Нео легкого, в 12-х случаях хронический абсцесс легкого, в 12-х случаях бронхоэктатическое поражение легкого.

Контрольную группу составили 25 больных из них 9-женщин, 16-мужчин, в возрасте от 20 до 55 лет. У этой группы больных резекция нижней доли слева произведена у-9, резекция нижней доли справа у-10, резекция средней доли у-2, нижняя билобэктомия у-4. Причинами для резекции легкого служили у 15 больных бронхоэктатическое поражение легкого, 6-хронический абсцесс легкого, в 4-х случаях осложненный эхинококкоз легкого.

Послеоперационный период у больных основной группы протекал гладко, температура нормализовалась на 2-3 сутки, на контрольной рентгенографии оставшаяся часть легкого полностью заполняла гемиторакс, и дренажные трубки были удалены на 3-4 сутки после операции. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии из клиники.

Контрольной группе у 6-х больных послеоперационный период осложнился бронхиальным свищем и эмпиемой плевры, после долгого санационного консервативного лечения у 4-х пациентов образовался сухой остаточная полость. У 2-х больных (после билобэктомии) бронхиальные свищи долго не закрывались в связи, с чем больные были выписаны с дренажной трубкой с улучшением.

Таким образом, бронхиальный свищ после резекции легкого является тяжелой легочно-плевральной патологией, обусловленной активным гнойно-воспалительным процессом в плевральной полости, неспецифическими изменениями в культе бронха, снижением функциональных и иммунологических резервов организма, а также послеоперационная эмпиема, ушивание механическим швом всех элементов корня легкого с оставлением длинной культи бронха.

Предложенной в нашей клинике методика ушивание культи бронха путем циркулярной перевязки и последующего наложения механического шва, с дальнейшим прошиванием атравматическим швом снижает частоту бронхиальных свищей и может быть рекомендовано для применения в практику.

ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Назарова Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Полинейропатия – неврологическое расстройство, которое характеризуется специфической реализацией патологического процесса на уровне периферической нервной системы. Полинейропатия является наиболее частой причиной арефлексии, при этом симметричное выпадение рефлексов акцентирует внимание на том, что у пациента имеется или ранее имелось поражение периферической нервной системы.

В настоящее время известно около 150 этиологических теорий возникновения полинейропатии. Данная патология отмечается при разнообразных интоксикациях алкоголем, промышленными токсинами (мышьяк, свинец, ртуть, таллий). Это вирусные и бактериальные инфекции, коллагенозы, авитаминозы, злокачественные новообразования (рак, лимфогранулематоз, лейкозы). Она отмечается и при заболеваниях внутренних органов (печень, почки, поджелудочная железа) и эндокринных желез (диабет, гипертиреоз, гипотиреоз, гиперкортицизм). К ним относятся введение сывороток и вакцин, ряда лекарственных препаратов (лечение эметином, висмутом, солями золота, сульфаниламидами, изониазидом, антибиотиками).

Цель исследования. Изучить влияние ингибитора холинэстеразы препарата Нивалин на клинические проявления и электрофизиологические параметры у больных с полинейропатией.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 20 больных с полинейропатией. Критериями включения были: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 65 лет, верифицированный диагноз полинейропатии. согласно критериям EFNS/ PNS вне обострения. Критерии исключения: обострение ХВДП, полинейропатии другой этиологии, тяжелые сопутствующие соматические и неврологические заболевания.

Методы исследования включали клинический, неврологический анализ с исследованием неврологического статуса по шкале Нейропатического дисфункционального ного счета Neuropathy.

Результаты исследования. Пациенты с полинейропатией жаловались на онемение и парестезии в конечностях, усиливающуюся в ночное время, боль в руках и ногах и нарушения сна. При неврологическом осмотре у всех обследованных наблюдались дистальная гипестезия, гипотермия конечностей, вегетативные нарушения на них.

Для подтверждения диагноза полинейропатии конечностей была проведена ЭНМГ срединного, локтевого и большеберцового нервов по стандартной методике.

Наиболее выраженные изменения у обследованных больных основной группы по сравнению с контрольной были выявлены на нервах нижних конечностей. Регистрировался преимущественно демиелинизирующий тип поражения

сенсорных и моторных аксонов на ногах. При этом отмечалось статистически значимое снижение ($p<0,05$) скорости проведения импульса (СПИ); достоверно возрастало время резидуальной латентности ($p<0,05$), при тестировании сенсорного компонента наблюдалось также достоверное снижение амплитуды сенсорного ответа ($p<0,05$) и СПИ по нервному стволу ($p<0,05$). На верхних конечностях выявлялось локальное демиелинизирующее поражение локтевого нерва на уровне локтевого сгиба.

Сумма значений шкалы NDS в обеих группах до лечения не имела больших различий. У 76% больных в группе, получающих препарат Нивалин, эта сумма составила от 14 баллов до 21 балла, что относится к выраженной степени нейропатии. У 24% больных от 7 до 12 баллов, что можно отнести к умеренно выраженной сенсорно-моторной нейропатии и в группе больных, не получавших препарат Нивалин, составила от 13 баллов до 19 баллов у 68% и от 6 баллов до 13 баллов у 32% больных.

При втором визите через месяц группа больных, принимавших препарат Нивалин, со значением шкалы NDS от 14 баллов до 21 балла, составила 57%; пациенты с суммой баллов от 7 до 12 составили 21%. Через 1 месяц у больных, не получавших препарат Нивалин, сумма баллов шкалы NDS от 13 до 19 составила 70% и баллы от 6 до 13 - у 30% больных.

Таким образом, данное исследование свидетельствует о положительной клинической динамике в группе больных, получавших антихолинэстеразный препарат Нивалин.

Выводы. Ингибитор холинэстеразы Нивалин показал положительную клиническую и нейрофизиологическую динамику в симптоматическом лечении полинейропатии.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АНГИОАРХИТЕКТониКИ И ГИСТОСТРУКТУРЫ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ И ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назирова Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Особенности вариантной анатомии сосудов спленального и левого ренального бассейнов в сосудистой хирургии портальной гипертензии имеет принципиальное значение при выборе различных видов шунтирующих операций. Проведен анализ этих изменений и их влияние на возможность использования вен второго порядка, в частности, левого надпочечного сосуда, при показаниях к центральной декомпрессии портального бассейна – спленосупрааренального анастомоза.

Материалы и методы исследования. Проведен морфологический анализ особенностей гистоструктуры вен портальной и левого ренального бассейнов при циррозе печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) у 52 больных. В качестве контроля служили соответствующие вены, полученные во время аутопсий пациентов без признаков патологии гепатобилиарной системы и пищеварительного тракта.

У больных с ПГ просвет сосудов достоверно ($P<0,05$) был больше в отличие от группы контроля, за исключением только внутренней яремной вены, у которой как по длине, так и по ширине просвета показатели не отличались от группы контроля. В свою очередь, как сосуды портального бассейна, так и левая почечная вена с ее притоками претерпевали изменения. Как и в норме прилегающая к поджелудочной железе часть селезеночной вены также была несколько толще, чем свободный участок, однако при ПГ эти изменения были наиболее выраженными. Толщина стенки левой почечной вены и при контроле, и при ПГ не имела существенной разницы, что, вероятно, было связано с большим просветом этого сосуда и первичными характерными изменениями только в длине и ширине просвета вены. В свою очередь притоки левой почечной вены, имеющие меньший макроскопический диаметр, в условиях ПГ испытывают большую нагрузку, что было отражено в достоверной разнице по толщине стенок, надпочечной и генитальной вен по сравнению с контролем.

Проведенный морфометрический анализ особенностей гистоструктуры вен портального и левого ренального бассейнов показал, что при ЦП воздействие ПГ не ограничивается только сосудистой стенкой портолиенального бассейна. За счет повышенной компенсаторной функциональной активности естественных коллатеральных портокавальных анастомозов, ПГ увеличивает гемодинамическую нагрузку на сопряженные с воротным руслом другие системы, в частности русло левой почечной вены. Это доказывает установленная достоверная разница с контролем по просвету и толщине стенок надпочечной вен, а также отсутствие этих изменений в системе верхней полой вены - во внутренней яремной вене.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Назирова Ф.Г., Ибадов Р.А., Исмаилов Е.Л., Ибрагимов С.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Цель исследования. Провести анализ результатов применения усовершенствованной методики альбуминового диализа при субкомпенсированной печеночной недостаточности.

Материалы и методы исследования. Предлагаемая методика детоксикации основана на принципе Single pass albumin dialysis (SPAD), для экстракорпорального замещения функции гепатоцитов при субкомпенсированном течении печеночной недостаточности различного генеза у 69 пациентов. Из них 38 (55,1%) пациентов пролечены в ГУ «РСНПМЦХ им. В.Вахидова» и 31 (44,9%) пациент в ГКБ №4 города Алматы. Пациенты были условно разделены на две группы, с включением в комплекс интенсивной терапии предложенной методики SPAD было пролечено 38 (55 пациентов,

распределенных по типу ОПН): острая печеночная недостаточность (ALF) - 18 больных и подострая печеночная недостаточность (ACLF) – 20 пациентов. В группу сравнения для этого исследования включен 31 пациент со средней степенью тяжести течения ОПН, которым исходно проводили только интенсивную терапию, с ALF было 13 больных и с ACLF – 18 пациентов. Проведен анализ динамики показателей детоксикационной функции печени у субкомпенсированной группы пациентов после SPAD и интенсивной терапии (ИТ).

Результаты исследования. По динамике снижения общего билирубина в крови уже на 3 сутки после применения SPAD отмечено достоверное снижение данного показателя по сравнению с ИТ. Достоверное снижение после ИТ отмечено только на 5 сутки. В последующем в обеих группах отмечалась стабильная динамика снижения общего билирубина. Тем не менее, на 7 сутки в группе больных, которым проводился SPAD, этот показатель был значительно лучше ($95,5 \pm 6,4$ мкмоль/л против $119,6 \pm 7,3$ мкмоль/л соответственно).

Сходная динамика в обеих группах отмечена по показателю аммиака в крови, который достоверно снизился только на 7 сутки после лечения (с $71,4 \pm 5,2$ ммоль/л до $44,2 \pm 3,74$ ммоль/л и с $69,8 \pm 4,8$ ммоль/л до $56,54 \pm 3,38$ ммоль/л соответственно).

Достоверное снижение показателя АЛТ к исходному начинается с 5 суток после применения SPAD (с $324,6 \pm 15,2$ Ед до $255,8 \pm 14,3$ Ед), а показателя АСТ на 7 сутки (с $295,5 \pm 13,4$ Ед до $238,9 \pm 11,6$ ЕД), в отличие от ИТ, после которой достоверное снижение АЛТ от исходного значения начинается только на 7 сутки (с $311,3 \pm 14,3$ Ед до $269,4 \pm 13,1$ Ед). Тем не менее, достоверное различие в показателе АЛТ отмечено на 7 сутки в пользу SPAD ($t=14,49$; $p<0,05$).

В отношении СРБ достоверное снижение после SPAD отмечено также на 5 сутки (с $22,3 \pm 1,2$ мг/л до $16,4 \pm 0,9$ мг/л) в отличие от ИТ, после которого данный показатель достоверно начал снижаться к 7 суткам (с $21,8 \pm 1,3$ мг/л до $18,4 \pm 0,9$ мг/л). Достоверное отличие между группами по данному показателю отмечено на 5 сутки в пользу SPAD ($t=2,18$; $p<0,05$) и сохраняется на 7 сутки ($t=2,46$; $p<0,05$).

Достоверное улучшение показателя ПТИ, отмечено только после применения SPAD на 7 сутки (с $71,8 \pm 3,1$ до $82,1 \pm 2,5$), тогда как показатель МНО после применения SPAD достоверно начал улучшаться на 5 сутки (с $1,3 \pm 0,05$ до $1,1 \pm 0,04$), а после ИТ на 7 сутки (с $1,3 \pm 0,07$ до $1,1 \pm 0,05$). Достоверности отличий между группами не отмечено.

По срокам начала регресса ОПН на фоне применения SPAD на 1-2 сутки регресс ОПН отмечен у 6 (15,8%) пациентов, на 3 сутки – у 21 (55,3%), на 5 сутки – у 4 (10,5%), на 7 сутки – у 2 (5,3%). У 5 (13,2%) пациентов, несмотря на ИТ с включением SPAD, отмечено прогрессирование ПОН.

На фоне применения ИТ начало регресса ОПН на 1-2 сутки отмечено только у 2 (6,5%) пациентов, на 3 сутки – у 5 (16,1%), на 5 сутки – у 7 (12,9%), на 7 сутки – у 2 (5,3%). У 13 (41,9%) пациентов, несмотря на ИТ, отмечено прогрессирование ПОН.

При исходной сумме баллов $21,4 \pm 0,4$ по шкале MELD в группе пациентов со SPAD на 7 сутки после лечения отмечалось снижение балльной оценки до $18,2 \pm 0,4$ с достоверным отличием от исходного значения в пределах $t=5,66$; $p<0,05$. В группе пациентов с ИТ на 7 сутки после лечения отмечалось снижение балльной оценки до $19,6 \pm 0,4$ с достоверным отличием от исходного значения в пределах $t=2,83$; $p<0,05$.

После проведения SPAD у 18 (37,5%) пациентов с ALF летальность не отмечалась, тогда как у 13 (36,4%) пациентов с ALF после ИТ отмечен 1 (7,7%) летальный исход. После проведения SPAD у 20 (62,5%) пациентов с ACLF летальный исход отмечен у 2 (10,0%), а в после проведения ИТ у 18 (62,5%) пациентов с ACLF летальный исход отмечен у 3 (16,7%).

Всего в группе пациентов с включением SPAD наблюдалась у 2 (5,3%) летальность и в группе пациентов с ИТ – 4 (12,9%). Регресс ОПН после применения SPAD отмечен у 33 (86,8%) пациентов, а в группе после ИТ – у 18 (58,1%). Прогрессирование ОПН с переводом на другие методы экстракорпоральной детоксикации с последующим эффектом в группе SPAD отмечено у 2 (5,3%) и в группе с ИТ – у 9 (29,0%). Достоверность в межгрупповом отличии отмечена в пределах $\chi^2=7$.

Клинический интерес представляет проведенный анализ по частоте летальности в зависимости от типа ОПН и балла по шкале MELD в группе с применением SPAD и в группе с ИТ. При сумме баллов 15-18 и 18-20 по шкале MELD при ALF (3/16,7% и 5/27,8% соответственно) и при ACLF (2/10,0% и 8/21,1% соответственно) летальность после применения SPAD не отмечалась. При MELD в пределах 20-22 баллов летальность у пациентов с ALF (10/55,6%) после применения SPAD также не отмечалась, тогда как у пациентов с ACLF (15/75,0%) летальность отмечена в 2 (13,3%) случаях. При этом, общая летальность в данной градации по MELD составила 8,0%.

Летальный исход был отмечен только у пациентов с MELD 20-22 баллов на фоне применения обоих способов лечения. Удовлетворительный результат отмечен у 94,7% пациентов после применения SPAD и у 87,1% пациентов на фоне терапии.

Выводы. Усовершенствованная методика гемодиализации с применением 2%-концентрации альбумина у пациентов с острой печеночной недостаточностью без сопутствующих проявлений гепаторенального синдрома позволяет добиться стабильного регресса ОПН в 86,8% случаев, тогда как при изолированной интенсивной терапии этот показатель составляет 58,1%. Хорошие результаты применения предложенной методики 2% альбуминового диализа отмечены при отсутствии начальных проявлений развития гепаторенального синдрома у пациентов с показателем креатинина менее 100 мкмоль/л. В свою очередь прогрессирование патологического процесса с необходимостью применения других методов экстракорпоральной детоксикации с последующим положительным эффектом лечения отмечается у 7,9% и 29,0% соответственно, при этом частота летальности составляет 5,3% и 12,9%.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Салимов У.Р., Байбеков Р.Р., Омонов О.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Актуальность. Известно, что трансплантация печени (ТП) является единственным радикальным методом лечения пациентов страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени различной этиологии. С момента установления диагноза цирроза печени пациент неизбежно становится потенциальным кандидатом для проведения ТП, а имеющиеся многочисленные пособия носят паллиативный, временной характер. Вышеуказанное аргументирует отсутствие снижения смертности от цирроза печени, тем самым указывая на чрезвычайную значимость и необходимость дальнейшего развития как трансплантологии в целом, так и ее отдельного направления – трансплантационной гепатологии.

Материалы и методы. С февраля 2018 нами было выполнено 6 ТП от живого взрослого донора взрослому реципиенту. Все проведенные трансплантации были АВО совместимыми. Средний возраст реципиентов составил 28 лет (18-35 лет). У всех пациентов был диагностирован цирроз печени вирусной этиологии. В качестве этиологической причины: HBV в 1 случае, HDV в 5 случаях. Все пациенты были отнесены к Чайлд-Пью классу В. Среднее значение MELD составило – 17. Четыре пациента имели в анамнезе многочисленные сеансы лигирования ВРВ, один пациент - ХЭСА.

Индекс МТ/МР составил 1.3 (1.1-1.5). Масса трансплантата составила 707,5 гр. (680-1100 гр.). Стандартный кава-кавальный анастомоз в 4 случаях был дополнен PTFE протезированием нижне сегментарных вен конец в бок. Порто-портальный анастомоз во всех случаях был наложен непрерывным швом конец в конец. Артериальный анастомоз в 5 случаях был наложен с культей печеночной артерии конец в конец. В одном случае из - за массивной диссекции печеночной артерии анастомоз был выполнен между трансверсированной селезеночной артерией реципиента и правой печеночной артерией донора.

Билиарный анастомоз был сформирован по типу билио-дигестивного соустья на отключенной по Ру петле в двух наблюдениях. Четырем пациентам был наложен билио-билиарный анастомоз конец в конец.

В одном наблюдении операция была дополнена спленэктомией. В одном случае была выполнена перевязка селезеночной артерии. В двух случаях в качестве артериального анастомоза была использована трансверсированная селезеночная артерия.

Результаты. Осложненный послеоперационный период наблюдался у четырех пациентов. Согласно классификации Clavien-Dindo осложнения были классифицированы как тип II, IIIa, IV, V. В одном случае послеоперационный период осложнился сегментарным тромбозом портальной вены с последующими явлениями печеночной недостаточности и образованием билиарного свища, который закрылся самостоятельно на 30-е сутки после операции. В одном наблюдении у пациента с билодигестивным анастомозом сформировалась биллома, что потребовало пункции брюшной полости с последующей вакуум аспирацией остаточной полости. В одном случае у пациента на 7-е сутки после операции развился тромбоз селезеночной артерии, потребовавшей экстренной катетеризации и фармакологического тромболизиса. В последующем у того же пациента развилась несостоятельность клипсы артериального русла, потребовавшее релапаротомии и хирургического гемостаза. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. ТП от живого родственного донора взрослому реципиенту является относительно безопасным вмешательством и может выполняться в Республике. Однако, она без сомнения является одной из наиболее трудоемких и технически сложных оперативных вмешательств, требующего поливалентного медицинского подхода, и может выполняться только в крупных медицинских центрах.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Актуальность. Рост хирургической активности в лечении желчнокаменной болезни привел к увеличению частоты развития послеоперационных осложнений с 5,6% до 15,9%. Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. По сравнению с традиционной холецистэктомией внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза и в процентном соотношении составляет 0,1-3%. В связи с этим профилактика и хирургическое лечение ятрогенной травмы желчевыводящих протоков, являются актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 437 больных, находившихся в ГУ «РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова» за период с 2000 по 2017 гг. Клинический раздел работы базировался на анализе лечения 2 групп больных. В I группу были включены 175 пациентов с ятрогенным повреждением ЖП, полученным во время различных способов холецистэктомий (ХЭК), традиционных (ТХЭК), лапароскопических (ЛХЭК), ХЭК из минидоступа и разделенных на выявленные интраоперационно (51 пациент) и в раннем послеоперационном периоде (124 пациента). Вторую (II) группу составили 262 пациента с посттравматическими рубцовыми стриктурами ЖП (222 пациента), а также с рубцовыми стенозами ранее наложенных БДА (40 больных).

Результаты. Стратифицированный анализ частоты повреждений и рубцовых стриктур магистральных желчных протоков показал, что их доля в хирургии ЖКБ составляет - 0,58% (у 50 из 8593 больных, 18 (0,21%) – свежие травмы и

32 (0,37%) - рубцовые стриктуры). При этом в зависимости от вида операции, частота этого осложнения составила - 0,61% при ЛХЭ (44; 16 (0,22%) – свежие травмы и 28 (0,39%) - рубцовые стриктуры) и 0,43% - при ТХЭ (6; 2 (0,14%) и 4 (0,28%) соответственно). Определена достоверная разница по риску развития этого осложнения при операциях по поводу ОКХ - 1,03% (31 из 2999 больных); 12 (0,40%) и 19 (0,63%) пациентов) и ХКХ - 0,34% (19 из 5594; 6 (0,11%) и 13 (0,23%); критерий $\chi^2=14,867$; Df=1; p=0,001). В свою очередь риск этих осложнений также был достоверно выше при экстренной операции - 1,52% (8 из 528; 4 (0,76%) и 4 (0,76%)) по отношению к плановым вмешательствам - 0,52% (42 из 8065; 14 (0,17%) и 28 (0,35%); критерий $\chi^2=6,693$; Df=1; p=0,010).

Выводы. Оценка результатов хирургического лечения рубцовых стриктур ЖП в группе сравнения показала, что частота рецидива патологии составила 32,2%, при этом у 22,9% пациентов развитие этого осложнения было связано с холангитом, а в 9,3% случаях выявлены технические недочеты выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Назирова Ф.Г., Деятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. К настоящему времени накоплен сравнительно большой материал по вариациям строения и положения желчевыводящих путей. При этом отмечается проблема технического выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в условиях различных факторов риска ятрогении, как на фоне осложненного течения основной патологии, так и при нестандартной анатомии.

Материалы и методы исследования. Определена группа больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков (ЖП), разделенные на три группы: свежие повреждения – 154 больных (выявленные интраоперационно (и/о) – 51 и в раннем послеоперационном периоде (п/о) - 103); повреждения аберрантных ЖП – 29; рубцовые стриктуры внутри- и внепеченочных ЖП – 92.

Результаты исследования. Наиболее опасным вариантом анатомии желчных протоков явилась тесная топографическая взаимосвязь пузырного протока и гепатикохоледох с анатомическим подтипом синдрома Миризи I типа, на долю которого пришлось 44,3%. Другим фактором риска явилось наличие длинного общего печеночного протока, прилегающего к развернутому карману Гартмана или шейке желчного пузыря с коротким пузырным протоком, доля которого составила 17,9%.

Такие варианты анатомии на фоне различных предрасполагающих факторов обуславливают максимальный риск ятрогенных травм во время лапароскопической холецистэктомии. Среди клинических факторов, осложняющих течение желчнокаменной болезни, выделены деструктивные формы холецистита – 35,4%, инфильтрат в области шейки желчного пузыря – 28,9%, синдром Миризи – 11,4% и «сморщенный» желчный пузырь – 5,7%. Повреждение аберрантных ЖП относится к наиболее редким видам ятрогении при ЛХЭ, проявляющееся желчеистечением различной степени интенсивности. В большинстве случаев эти осложнения регрессируют самостоятельно.

Выводы. Указанные факторы позволяют выделить основные направления для снижения вероятности ятрогенной травматизации желчных протоков при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Это, прежде всего, выделение факторов риска с разделением их на специфические анатомические особенности билиарной системы и на клинические предрасполагающие к осложнению признаки.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БЛИЗКОРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назирова Ф.Г., Назирова Л.А., Деятков А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р., Байбеков Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академик В.Вахидова

Введение. Трансплантация печени (ТП) сегодня зарекомендовала себя как единственная методика, позволяющая добиться отличных результатов лечения пациентов, страдающих как хроническими прогрессирующими заболеваниями печени, так и фульминантной печеночной недостаточностью. Так, выживаемость после ТП выросла с 25% в 1970 году, до 93% в 2019 г. Указанная методика позволяет рассчитывать на 5-ти летнюю выживаемость, составляющую 90%. В то же время частота отдаленных послеоперационных осложнений имеет выраженную вариацию и зависит от множества факторов. В указанном сообщении нами предоставляются отдаленные результаты проведения родственной трансплантации печени проведенной в Республике Узбекистан.

Материалы и методы исследования. С февраля 2018 нами было проведено 6 ТП от живого взрослого донора взрослому реципиенту. Все проведенные трансплантации были АВО совместимыми. Средний возраст реципиентов составил 28 лет (18-35 лет). У всех пациентов был диагностирован цирроз печени вирусной этиологии. В качестве этиологической причины: HBV в 1 случае, HDV в 5 случаях. Все пациенты были отнесены к Чайлд-Пью классу В. Среднее значение MELD составило – 17. Четыре пациента имели в анамнезе многочисленные сеансы лигирования ВРВ, один пациент – эмболизацию селезеночной артерии.

Индекс МТ/МР составил 1.3 (1.1-1.5). Масса трансплантата составила 707,5 гр. (680-1100 гр). Стандартный кава-кавальный анастомоз в 4 случаях был дополнен РТФЕ протезированием нижнесегментарных вен конец в бок. Порто - портальный анастомоз во всех случаях был наложен непрерывным швом конец в конец. Артериальный анастомоз в 5 случаях был наложен с культей печеночной артерии конец в конец. В одном случае из-за массивной диссекции печеночной

артерии анастомоз был выполнен между трансверсированной селезеночной артерией реципиента и правой печеночной артерией донора.

Билиарный анастомоз был сформирован по типу билио-дегестивного соустья на отключенной по Ру петле в двух наблюдениях. Четырем пациентам был наложен билио-билиарный анастомоз конец в конец.

В одном наблюдении операция была дополнена спленэктомией. В одном случае была выполнена перевязка селезеночной артерии. В двух случаях в качестве артериального анастомоза была использована трансверсированная селезеночная артерия.

Результаты. Срок наблюдения составил 24, 18, 16, 13, 1, 1, месяц после операции. Осложненный отдаленный послеоперационный период наблюдался у четырех пациентов. Согласно классификации Clavien-Dindo, осложнения были классифицированы как тип II, II, III, IIIв степени соответственно. В двух наблюдениях, у пациентов спустя 12 и 20 месяцев после операции наблюдались эпизоды отторжения, потребовавшие проведения гормональной пульс терапии и приведшей к полному купированию иммунологической ответа и нормализации показателей крови. У двух пациентов течение отдаленного периода осложнилось формированием рубцовой структуры билио-билиарного анастомоза на 6-ом и 12-м месяце после операции и потребовавшей проведения стентирования билиарного анастомоза в одном случае и наложении гепатикозентероанастомоза в другом случае. Летальных исходов не наблюдалось. Все пациенты ведут полноценную активную жизнь.

Выводы. Согласно международным клиническим рекомендациям и стандартам, первые 24 месяца после оперативного лечения являются наиболее важным периодом, в течение которых возникновение ряда пост - трансплантационных осложнений не является редкостью. В связи с вышесказанным можно заключить, что ТП от живого родственного донора взрослому реципиенту является относительно безопасным вмешательством, однако даже при его успешном и благоприятном течении пациенты этой категории должны находиться под постоянным наблюдением в специализированном трансплантационном центре.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Назиров Ф.Г., Нишанов М.Ф., Нишонов Ф.Н.
Андижанский государственный медицинский институт
Республика Узбекистан, Андижан*

Актуальность проблемы. Проблема лечения гастродуоденальных язв (ГДЯ), осложненных кровотечениями, остается в настоящее время одной из самых сложных проблем в хирургической гастроэнтерологии. Прежде всего, это связано с тем, что не выработан единый тактический подход в лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, завышается роль эндоскопической остановки, что ведет к отсрочке необходимых операций. Не определен наиболее обоснованный метод оперативного вмешательства, отсутствуют конкретные решения по оптимальным срокам операций и особенно по объему вмешательства.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Материалы и методы. Нами наблюдались 674 пациента, с хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Они находились на лечении в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института с 2007 по 2017 годы. Доля хирургических вмешательств в основной группе составила 15,8% (60 из 380), что было достоверно ниже, чем среди пациентов в группе сравнения (30,6%; 90 из 294) ($\chi^2=21,049$; $df=2$; $p<0,001$). При язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением проведены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка по Б-I в классическом варианте с гастродуоденоанастомозом в 14,0% (12 из 86) случаях, терминолатеральный поперечный гастродуоденоанастомоз (ТЛПГДА) наложен в 8,1% случаях, терминолатеральный косой гастродуоденоанастомоз (ТЛКДА) в 26,7%.

Модифицированные методики применены в основной группе, при этом ТЛПГДА у 5,3% (3 из 57) пациентов, ТЛКДА – у 14,0% (8 из 57). Иссечение язвы с пилородуоденопластикой в основной группе выполнена у большинства пациентов по модификации клинки в 64,9% (37 из 57) случаях, тогда как в группе сравнения выполнена пилородуоденопластика по Джадду (18,6%; 16 наблюдений) и по Финнею (24,4%; 12 больных). При ЯБЖ, осложненной кровотечением проведены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка по Б-I всего в 2 случаях в группе сравнения, в одном с наложением ТЛПГДА, в одном –ТЛКДА, тогда как в основной группе всего в 1-м случае выполнено наложение гастродуоденоанастомоза.

Пилородуоденопластика в модификации клинки выполнена в 2-х (66,7%) случаях в основной группе, пилородуоденопластика по Финнею при ЯБЖ – в 1 (25,0%) случае в группе сравнения. Экстренная операция проведена в 36,7% (33 наблюдения из 90) случаях в группе сравнения, тогда как в основной группе данный показатель был ниже и составил 21,7% (13 из 60 наблюдений). Срочные операции проведены в примерно равных количествах, а плановые вмешательства в основной группе выполнены у большинства пациентов, с частотой в 41,7% (25 из 60 операций), в группе сравнения – всего в 28,9% (26 из 90) случаях.

Результаты и их обсуждение. Сравнительные данные по частоте ранних послеоперационных осложнения, такие как несостоятельность культи ДПК, несостоятельность ГДА, анастомозит, гастростаз, кровотечение и панкреатит, чаще были выявлены в группе сравнения и составили 17,8% (16 наблюдений), тогда как данный показатель в основной группе составил 10,0% (6 случаев) с достоверной разницей ($\chi^2=3,971$; $df=1$; $p=0,047$). Что касается общих осложнений (бронхолегочные, сердечно-сосудистые, нагноение раны и эвентрация), тут также наблюдается значимо более высокая частота среди пациентов группы сравнения – 13,3% против 6,7% в основной группе.

Вывод. Таким образом, выполнение модифицированных методик резекционных и органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением в совокупности с оптимизацией тактических аспектов

выбора метода лечения этой категории пациентов позволило снизить частоту специфических осложнений с 17,8% (у 16 из 90 пациентов в группе сравнения) до 10,0% (у 6 из 60 больных в основной группе), общих осложнений с 13,3% (у 12 из 90) до 6,7% (у 4 из 60) и летальности с 2,2% (2 в группе сравнения) до 0, что в целом обусловило повышение доли неосложненного течения послеоперационного периода с 68,9% (62 в группе сравнения) до 83,3% (50 в основной группе) ($\chi^2=3,971$; $df=1$; $p=0,047$).

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

*Назирова Ф.Г., Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Перфоративная язва (Ulcus perforans) - одно из наиболее опасных осложнений язвенной болезни (ЯБ). Среди многочисленных осложнений язвенной болезни перфорация язвы, безусловно, занимает ведущее место, как по непосредственной угрозе жизни, так и по скорости развития драматической, порой фатальной для больного ситуации. Частота осложнений ЯБ перфорацией колеблется по данным различных авторов от 3 до 30%, составляя в среднем 10-15%.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. В исследование включены всего 159 пациентов с перфоративными язвами: 147 и 12 наблюдений с перфорацией язв ДПК и желудка соответственно. Пациенты распределены на две группы: группа сравнения ($n=90$) и основная группа ($n=69$).

Среди сочетанных с перфорацией осложнений язвенной болезни были выявлены пенетрация с частотой 32,2% (29 наблюдений) в группе сравнения и 34,8% (24 пациента) в основной группе. Следующими по частоте сочетанными осложнениями были компенсированный стеноз, наблюдавшийся в 12,2% и 11,6% случаях в группе сравнения и основной группе соответственно.

Сочетание двух осложнений отмечено в 10,0% случаях в группе сравнения и 11,6% случаях в основной группе. Перфорация язвы без сочетанных осложнений также наблюдалась с примерно равной частотой и составила 24,4% и 21,7% в группе сравнения и основной группе соответственно.

Виды оперативного лечения при язвенной болезни ДПК, осложненной перфорацией в группе сравнения проведены по классической методике. В большинстве случаев выполнены иссечение язв с пилородуоденопластикой по Финнею (45,8%; 38 пациентов) и пилородуоденопластикой по Джадду (38,6%; 32 пациента). В остальных наблюдениях проведены резекции желудка по Б-I с наложением ГДА в 3,6% (3 из 83) случаях, ТЛПГДА – 2,4% и с ТЛКДА – 1,2% и по Б-II с гастроеюноанастомозом по Гофмейстер-Финстереру – 2,4% (2 случая).

В основной группе пациентов применены модифицированные виды оперативных вмешательств, среди которых наиболее часто выполнено иссечение язвы с пилородуоденопластикой в модификации клиники (79,7%; 51 из 64 наблюдений).

Из 7 наблюдений в группе сравнения в 3 случаях выполнена резекция желудка по Б-I, в 2 (28,6%) случаях – резекция желудка по Б-II, в 1 (14,3%) – иссечение язвы с пилородуоденопластикой по Финнею и еще у 1 (14,3%) пациента выполнено ушивание прободной язвы.

В основной группе пациентов из 5 случаев ЯБЖ с перфорацией у 2 (40%) пациентов выполнено иссечение язвы с пилородуоденопластикой в модификации клиники, еще у 2 (40%) пациентов – резекция желудка по Б-II с наложением ТЛКДА и в 1 (20%) случае – резекция желудка по Б-I с наложением ГДА.

Результаты и их обсуждение. Частота ранних послеоперационных осложнений значительно была выше в группе сравнения и составила 13,3% (12 наблюдений) против 5,8% (4 случая) в отношении специфических осложнений, и 8,9% (8 наблюдений) против 4,3% (3 случая) в отношении общих осложнений. Среди специфических осложнений наиболее часто встречалась несостоятельность культи ДПК или зоны пилоропластики и гастростаз.

Частота всех послеоперационных осложнений в группе сравнения составила 22,2%, что было достоверно выше, чем в основной группе, где данный показатель составил 10,1% ($\chi^2=4,041$; $df=1$; $p=0,045$). Летальность в группе сравнения составила 2,2% (2 случая), тогда как в основной группе летальных исходов не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, применение усовершенствованных способов хирургического лечения язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной перфорацией с преимущественным выполнением органосохраняющих операций, позволило снизить частоту специфических осложнений с 13,3% (у 12 из 90 пациентов в группе сравнения) до 5,8% (у 4 из 69 больных в основной группе), общих осложнений с 8,9% (у 8 из 90) до 4,3% (у 3 из 69) и летальности с 2,2% (2 в группе сравнения) до 0, что обеспечило улучшение доли неосложненного течения послеоперационного периода с 77,8% (70 в группе сравнения) до 89,9% (62 в основной группе) ($\chi^2=4,041$; $df=1$; $p=0,045$).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Назыров Ф.Г., Нишанов Ф.Н., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»
Андижанский государственный медицинский институт.*

Актуальность проблемы. Как известно, из множества этиологических факторов ОП ведущими признаются два: алиментарно-алкогольный фактор и ЖКБ. Примерно в 10% наблюдений причина ОП остается неизвестной. Научно-практический интерес к особенностям прогрессирования ОП в зависимости от причинных факторов вызван наличием

противоречивых данных о влиянии первопричины на течение и исход болезни, особенно в случаях формирования осложненного процесса.

Анамнестические и антропометрические особенности больных с билиарным панкреатитом. Сравнительный анализ полового состава показал, что в структуре ОП билиарной этиологии преобладали больные женского пола (60% против 40%), тогда как при алиментарном ОП наблюдались относительно равное количество мужчин (48,6%) и женщин (51,4%). При билиарной патологии женщин было больше, чем при алиментарном ОП (60% против 51,4%; $p=0.009$).

По возрастному составу в сравнительном аспекте в отличие от алиментарного панкреатита пациентов при билиарной этиологии преобладали пациенты в возрасте 20-44 года (30,4% против 26,6%) и старше 74 лет (9,4% против 7,5%).

Сравнительный анализ антропометрических данных показал, что для билиарного ОП характерны пациенты с более высоким ИМТ ($28,4 \pm 0,3$ против $27,3 \pm 0,2$; $T=3,05$; $P<0,01$).

При этом средний рост больных составил $165,8 \pm 0,5$ и $168,4 \pm 0,4$ см при билиарном и алиментарном панкреатите соответственно, средний вес - $77,3 \pm 0,7$ и $77,2 \pm 0,5$ кг.

В 16,4% ($n=72$) случаях билиарного ОП наблюдались обращения в первые сутки от начала приступа, тогда как у пациентов с алиментарным ОП данный процент был больше и составил 25,6% ($n=127$) ($\chi^2=7,608$; $Df=1$; $p=0,006$). Подобная тенденция наблюдалась и в сроках от 1 до 3 суток после начала приступа панкреатита (29,0% против 40,5%; $\chi^2=6,652$; $Df=1$; $p=0,011$), что означало более поздний срок обращения за медицинской помощью у пациентов с билиарным ОП.

Интересным, на наш взгляд, является изучение данных по обращению больных после неэффективного лечения панкреатита в других клиниках. Также, тут представлены данные по первичному поступлению пациентов. Всего из общего числа пациентов с ОП преобладали случаи первично обратившихся, что составило 80,1%. Так, переводу из других клиник соответствовали 35,2% случаев билиарного ОП и 6,5% – алиментарного, тогда как первичное обращение наблюдалось в 64,8% – при билиарном и 93,5% – при алиментарном ОП ($\chi^2=120,199$; $Df=1$; $p<0,001$). Преобладание больных в группе билиарного ОП, переведенных из других клиник в связи с неэффективностью проводимого лечения было связано с высокой долей тяжелых пациентов.

Общее состояние пациентов с ОП при поступлении, оцененное по классификации Атланта-92 (2012 г.), также представлено в сравнительном аспекте.

Для билиарного панкреатита было свойственно преобладание пациентов с тяжелым состоянием (12,8% против 7,9%; $\chi^2=5,018$; $Df=1$; $p=0,026$). При алиментарной форме отмечено увеличение доли больных со средней степенью тяжести (73,0% против 57,5%; $\chi^2=5,136$; $Df=1$; $p=0,024$).

Изучение клинико-биохимических параметров в сравнительном аспекте показало, что в отличие от алиментарного панкреатита для пациентов с билиарным панкреатитом характерны более выраженные нарушения от нормы специфических показателей: увеличение молодых нейтрофилов с лейкоцитарным сдвигом влево ($17,9 \pm 0,9 \cdot 10^9/\text{л}$ против $9,9 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$; $p<0,001$), амилазы крови ($354,9 \pm 45,1$ Ед/л против $170,0 \pm 23,5$ Ед/л; $p<0,001$), билирубина ($38,0 \pm 2,4$ мкмоль/л против $17,2 \pm 1,1$ мкмоль/л; $p<0,001$) и печеночных аминотрансфераз – АЛТ ($144,1 \pm 10,2$ против $53,9 \pm 7,9$; $p<0,001$) и АСТ ($126,0 \pm 9,0$ Ед/л против $49,0 \pm 4,6$ Ед/л; $p<0,001$).

Выводы. Таким образом, в сравнительном аспекте в отличие от алиментарного панкреатита для билиарной этиологии характерны следующие особенности: преобладание в структуре заболевания женщин (60% против 51,4%; $\chi^2=7,020$; $Df=1$; $p=0,009$); более высокий ИМТ ($28,4 \pm 0,3$ против $27,3 \pm 0,2$; $T=3,05$; $P<0,01$); более поздний срок обращения (16,4% против 25,6% обратившихся в первые сутки; $\chi^2=7,608$; $Df=1$; $p=0,006$), при этом если для алиментарного панкреатита было свойственно преобладание пациентов со средней степенью тяжести при поступлении (73,0% против 57,5%; $\chi^2=5,136$; $Df=1$; $p=0,024$), то при билиарной форме отмечено увеличение доли больных с тяжелым состоянием (12,8% против 7,9%; $\chi^2=5,018$; $Df=1$; $p=0,026$). В свою очередь, более поздние сроки поступления и высокая доля тяжелых пациентов были обусловлены значительным преобладанием больных, переведенных из других клиник в связи с неэффективностью проводимого лечения (35,2% против 6,5%; $\chi^2=120,199$; $Df=1$; $p<0,001$), что также отразилось на более выраженных отклонениях специфических клинико-биохимических параметров (лейкоцитарный сдвиг влево, амилаза и др.).

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

*Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Мадаминова Н.Э., Улмасов А.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В условиях жаркого климата большая сухость воздуха, высокая его температура и запыленность на протяжении большей части года являются факторами, которое действует на все важнейшие функции жизнедеятельности организма (1,4,6, 7,8). Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух этиологически могут быть обусловлены в подобных климатических условиях указанными выше воздействиями, что отражается в характере течения заболевания (2,3,5). Наши исследования показали, что особенностью синуситов в условиях Узбекистана является значительная частота гнойно-атрофической формы синусита. Большинство авторов, описывающих клиническую картину атрофического синусита, отмечают значение неблагоприятных климатических условий на этиологию и течение данной формы заболевания, однако нам не удалось обнаружить экспериментальных данных, подтверждающих это предположение. Кроме того, не представляется возможным выяснить клинически, какой из факторов оказывает более неблагоприятное воздействие на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух (высокая температура или запыленность).

Цель работы. Экспериментально изучить влияние аридной зоны Узбекистана на состояние слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы исследования. Исходя из вышеизложенного, нами экспериментально на кроликах было изучено влияние вышеуказанных факторов на слизистую оболочку полости носа и верхнечелюстные пазухи. В

зависимости от применяемого воздействия животные были разделены на 3 равные группы (по 16 кроликов). Масса кроликов была от 2 до 4,1 кг. Первая группа животных подвергалась воздействию лишь высокой температуры воздуха (40 °C), вторая помещалась в условия повышенной запыленности, а третья подвергалась воздействию обоих факторов. При проведении эксперимента кролики содержались в индивидуальных камерах, где в зависимости от цели эксперимента создавалась высокая температура окружающего воздуха, либо запыленность воздуха с концентрацией пыли 0,2 мг/м³ (что два раза превышает предельно допустимую концентрацию, однако близкую к запыленности воздуха в городе Андижан в летнее время). При проведении третьей серии экспериментов оба фактора имели место. Кролики в камерах содержались от 7 до 45 дней. Забивались животные путем трехкратной передозировки наркотического вещества на 7, 20, 30 и 45 день после начала эксперимента (в каждый срок во всех трех сериях забивалось по 4 кролика). В течение эксперимента изучалось влияние перечисленных факторов на слизистую оболочку полости носа и верхнечелюстных пазух. В связи с этим, в обозначенные выше сроки после забивания кроликов, тщательно изучалась микроскопическая картина, как слизистой оболочки носа, так и околоносовых пазух, а затем вырезались кусочки на слизистой оболочке полости носа и верхнечелюстных пазух обеих сторон. Ткани фиксировали в нейтральном 10% - ом формалине и после декальцинации заливали в парафине-целоидите. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван – Гизону. В первой серии опытов макроскопически слизистая оболочка полости носа и верхнечелюстной пазухи у кроликов через 7 суток была умеренно набухшей, гиперемизированной. В носовых ходах имелась слизь. Морфологически на 7-е сутки слизистая оболочка полости носа тонкая, покрыта призматическим эпителием равномерной ширины с секреторными бокаловидными клетками, по поверхности имеется наличие значительного количества слизи.

В собственном слое слизистой оболочки отек секреторных желез различной конфигурации и размеров. Плотность желез большая, часть желез прилегает плотно, эпителий в них призматический, мерцательный. Полнокровие сосудов, скудная лейкоцитарная инфильтрация. Аналогичная картина выявлена и верхнечелюстной пазухе.

Через 20 суток эксперимента макроскопически слизистая оболочка полости носа кроликов умеренно влажная, слегка гиперемизирована, носовые ходы чистые без примеси патологического содержимого. Гистологические исследования слизистой оболочки полости носа кролика в этот срок воздействия показали, что покровный эпителий респираторного типа неравномерной ширины, секреция бокаловидных клеток умеренная. Среди клеток эпителия большое количество лимфоцитов. Количество слизи по поверхности неравномерно, скудное, наличие отека подлежащих тканей, секреция желез неравномерная, скудная. В собственной пластинке отмечается выраженная лимфоцито-гистоцитарная инфильтрация. Неравномерное полнокровие сосудов, лимфатические сосуды умеренно расширены.

При макроскопическом исследовании слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи кролика на 20-е сутки воздействия повышенной температуры воздуха выявлено, что слизистая умеренно набухшая, неравномерно гиперемизирована, количество слизи по поверхности скудное. Гистологическое исследование обнаружило умеренный отек слизистой оболочки, неравномерную секрецию желез и полнокровие тканей, круглоклеточную инфильтрацию стромы. Слизистая оболочка полости носа кроликов на 30-е сутки – воздействия высокой температуры неравномерно гиперемизирована, по поверхности густое беловатое отделяемое без запаха. При гистологическом исследовании выявляется эпителий слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи покрыта многоядным мерцательным эпителием неравномерной ширины, участки секреторного эпителия сменяются участками с признаками слущивания и регенерации. Количество плотной слизи по поверхности неравномерное. Умеренный отек подлежащей ткани. Наличие лимфо-гистоцитарной инфильтрации. Железы разнокалиберные. Эпителий концевых отделов желез в разных стадиях секреции, сосуды полнокровные. Наиболее выраженные изменения в слизистой оболочке носа и верхнечелюстной пазухи выявлены нами после 45 дней воздействия высокой температуры воздуха. Макроскопически обнаруживается сухость слизистой оболочки полости носа кролика, неравномерная гиперемия, имеются единичные сухие корки. При гистологическом исследовании выявляется эпителий слизистой оболочки неравномерной ширины, участки десквамации чередуются с участками гиперсекреции. Очагово по поверхности располагается плотная слизь. В подлежащей ткани умеренная лимфоцито-гистоцитарная инфильтрация со скудной примесью лейкоцитов и склероз собственной пластинки, преимущественно ее глубоких отделов. Железы типичные, на разных этапах секреторного цикла, концевые отделы части желез атрофированы.

Макроскопически в верхнечелюстной пазухе после 45-дневного воздействия воздухом высокой температуры слизистая оболочка неравномерно гиперемизирована, сухая. В пазухах скудное, без запаха, густое отделяемое. Гистологические исследования показывают неравномерность ширины мерцательного эпителия, признаки его атрофии, слущивание, метаплазия в сторону переходного, очаговое наличие густой слизи по поверхности его. В подлежащей ткани выражен склероз, скудная круглоклеточная инфильтрация стромы, атрофия желез. Склероз стенок сосудов, полнокровие капилляров. Таким образом, длительное воздействие высокой температуры воздуха приводит к реактивному состоянию слизистой оболочки, проявляющемуся гиперсекрецией покровного мерцательного и железистого эпителия с последующим его повреждением, слущиванием, регенерацией и снижением слизистой секреции на фоне нарастающего склероза собственной пластинки. Клинически это расценивается как тенденция к атрофии.

При второй серии опытов (воздействия пыли) на 7-е сутки воздействия в носовых ходах отмечается наличие жидкой слизи. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи также набухшая, по поверхности ее некоторое количество слизи. Морфологические исследования обнаруживают увеличение секреции бокаловидных клеток эпителия, эпителий равномерной ширины. По поверхности его значительное количество слизи. Отмечается отек собственной пластинки, полнокровие сосудов, расширение лимфатических сосудов. Железы типичные, секреторные, умеренная лейкоцитарная инфильтрация стромы. В слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи картина аналогичная. Через 20 суток после воздействия пыли слизистая оболочка полости носа кролика макроскопически выглядит набухшей, гиперемизированной, поверхность ее покрыта мутноватой тягучей слизью, слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи также отечная, набухшая, по поверхности ее слизь. Микроскопическое исследование слизистой оболочки носа кролика обнаружено, что бокаловидные железы ее секреторные, по поверхности эпителия имеется наличие слизи. Эпителий неравномерной ширины, инфильтрирован лимфо-лейкоцитарными элементами. Лимфатические сосуды расширены. Железы типичные, эпителий их в состоянии гиперсекреции, набухший. Гистологическое исследование слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи показывает неравномерность ширины ее, наличие слизи по ее поверхности, скудную лимфоидную инфильтрацию тканей, секрецию бокаловидных клеток, отек эпителия и собственной пластинки, очаговую лимфо-лейкоцитарную инфильтрацию. Железы слизистого слоя разнокалиберные, неравномерно секреторные. Отмечено полнокровие сосудов.

После 30 дня воздействия пыли на слизистую оболочку носа и верхнечелюстной пазухи кролика макроскопические изменения однотипные: неравномерная гиперемия слизистой оболочки, сухость ее, наличие некоторого количества корок. Гистологически слизистая оболочка носа покрыта эпителием неравномерной ширины, видны признаки его повреждения, слущивания, скудная лимфоидная инфильтрация. Подлежащие ткани умеренно отечны лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией стромы и признаками субэпителиального склероза концевых отделов желез с признаками умеренной секреции, часть из них с признаками атрофии эпителия. Сосуды неравномерные полнокровные, лимфатические сосуды неравномерно расширены. Гистологическое исследование слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи через 30 дней эксперимента выявило, что эпителий ее почти на всем протяжении секретирует, местами слущен, сохранились лишь базальные клетки. Отек подлежащих слоев неравномерен. К лимфоидной инфильтрации стромы присоединяется гистиоцитарная, отмечаются очаги склероза, железы с признаками атрофии.

Через 45 дней эксперимента макроскопически слизистая оболочка полости носа и верхнечелюстной пазухи кролика – сухая, неравномерно гиперемирована, с единичными сухими корками. Гистологически слизистая оболочка носа кролика через 45 дней воздействия пыли – покровной эпителий с явлениями дистрофии и слущивания, местами метаплазия в многослойный плоский. В собственной пластинке наличие очагового склероза и лимфоцито-лейкоцитарной инфильтрации. Эпителий желез секретирует неравномерно, часть желез в состоянии атрофии, просветы кровеносных и лимфатических сосудов расширены, капилляры полнокровные.

Гистологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи кролика заключались в ее атрофии. Это проявлялось замещением значительной части мерцательного эпителия многослойным плоским, т.е. участками метаплазии эпителия. Слизистая оболочка деформировалась участками склероза. В строме очаговая лимфоцито-гистиоцитарная инфильтрация. Стенки сосудов умеренно склерозированы.

Таким образом, во второй серии опыта первые признаки атрофии появляются на 20-й день, хотя явные признаки атрофии наблюдаются к 30- дню пылевого воздействия кроликов и особенно выражены они к 45 дню эксперимента. Явления атрофии в аналогичные сроки воздействия высокой температуры выражены меньше, хотя тенденция к развитию атрофических процессов в слизистой оболочке также намечается в эти сроки эксперимента. Третья серия опытов проведена с одновременным воздействием высокой температуры и запыленности на слизистую оболочку носа и пазух. Макроскопически на седьмой день эксперимента слизистая оболочка полости носа и верхнечелюстной пазухи была несколько гиперемирована, порята небольшим количеством слизи. Морфологически слизистая оболочка носа покрыта многоядным ресничатым секретирующим эпителием, на поверхности ее слизи, подэпителиальный слой отечен. Скудная инфильтрация лейкоцитами вокруг сосудов. В толще подлежащей ткани выраженное полнокровие, отек вокруг желез. Железы типичного строения в стадии активной секреции. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи с явлениями отека и резким полнокровием сосудов, покрыта многоядным ресничатым эпителием, по поверхности его слизи. Железы типичные, секретируют. Анализируя полученные результаты гистологических исследований слизистой оболочки полости носа и верхнечелюстной пазухи, можно заключить, что уже на 7-е сутки эксперимента, в слизистой оболочке наблюдается явления катарального воспаления. Об этом свидетельствует выраженное полнокровие и отек подлежащей ткани, инфильтрация небольшим количеством лейкоцитов вокруг сосудов, активная секреция желез, увеличение количества слизи на поверхности эпителия. На 20-е сутки эксперимента макроскопически слизистая оболочка полости носа и верхнечелюстной пазухи гиперемирована, местами сухая, у 2-х кроликов в полости носа и верхнечелюстной пазухе обнаружено в небольшом количестве густое отделяемое без запаха. Микроскопически слизистая оболочка полости носа покрыта частично многоядным эпителием, местами эпителий слущен. На поверхности эпителия густой экссудат. Цитоплазма клеток покровного эпителия различной плотности, бокаловидные клетки ресничатого многоядного эпителия в стадии активной секреции. Местами скопление лимфоидных плазматических клеток и эозинофилов. Строма с явлениями отека и полнокровием сосудов, реакцией фибробластов, с увеличением количества коллагеновых волокон. Часть желез с расширенными просветами. Лимфатические сосуды расширены. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи покрыта высоким призматическим эпителием равномерной ширины с признаками гиперплазии и выраженной секреции бокаловидных клеток. Под эпителиальным слоем - отечная соединительная ткань с полнокровными разнокалиберными сосудами, железы типичные, секретируют. Скудная лимфоидная инфильтрация стромы. Просветы лимфатических сосудов зияют. Таким образом, к 20-му дню эксперимента в слизистой оболочке полости носа и верхнечелюстной пазухи наблюдаются глубокие морфологические изменения катарально-продуктивного характера. К 30-му дню эксперимента в слизистой оболочке носа и верхнечелюстной пазухе происходят следующие изменения. Макроскопически слизистая оболочка полости носа сухая, гиперемирована, на поверхности единичные сухие корки. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи сухая, содержит небольшое количество секрета без запаха. Микроскопически слизистая оболочка полости носа покрыта на некотором протяжении многоядным ресничатым эпителием, неоднородным по структуре: есть участки типичного строения с признаками секреции, а также участки с признаками гипоплазии и атрофии. Железы разнокалиберные, типичного строения, частично атрофированы. Наличие отека вокруг желез. Отмечены участки со скоплениями желез, окруженных соединительной тканью со скудной лимфоидной инфильтрацией. Выраженная инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки лимфоцитами и лейкоцитами, склероз ее. Полнокровие сосудов: сосуды склерозированы.

Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи покрыта многоядным ресничатым эпителием неравномерной ширины с явлениями метаплазии, отмечается наличие переходного эпителия. В подлежащей ткани круглоклеточная инфильтрация, отек вокруг желез, у некоторых из них эпителий гиперплазирован. Стенки сосудов склерозированы, капилляры полнокровные. Непосредственно под эпителием разрастание соединительной ткани различной плотности, четкой лимфоидной инфильтрацией, полнокровными сосудами со склерозированными стенками.

Таким образом, уже к 30-му дню срока эксперимента в слизистой оболочке как полости носа, так и верхнечелюстной пазухи морфологически формируется хронический воспалительный процесс с признаками атрофии, о чем свидетельствует неравномерное строение эпителия: местами его метаплазия в сторону переходного эпителия, встречаются участки, где усилен процесс пролиферации соединительнотканых элементов, нередко сменяющихся участкам склероза.

На 45-й день от начала эксперимента макроскопически определяется гиперемия слизистой оболочки полости носа, поверхность ее сухая, атрофичная. На поверхности единичные сухие корки. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи также сухая, у трех кроликов в пазухах в небольшом количестве густое, тягучее отделяемое.

Гистологическая картина слизистой оболочки полости носа и верхнечелюстной пазухи к 45-му дню опыта была аналогична у всех (4) кроликов. Обнаружены выраженные изменения ее пролиферации с образованием сосочковых выростов, слущивании покровного эпителия. Подлежащая соединительная ткань склерозирована с очаговой хронической воспалительной инфильтрацией.

Железы единичные, с гиперплазированным эпителием, капилляры полнокровные.

Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи покрыта многослойным плоским эпителием в виде островков, чередующихся с многорядным призматическим эпителием. Покровный эпителий местами истончен, подэпителиальная зона значительно склерозирована, местами с явлениями гиалиноза. Сосуды слизистой оболочки утолщены за счет склероза, отмечается наличие переваскулярной круглоклеточной инфильтрации. Скудная лимфоидная инфильтрация стромы, встречаются единичные железы с гиперплазированным эпителием, концевые отделы желез уменьшены в размерах.

Таким образом, к 45 дню эксперимента слизистая оболочка полости носа и верхнечелюстной пазухи находится в состоянии хронического воспаления с явлениями атрофии эпителия, метаплазия его и замещении переходным эпителием. Под эпителием имеется разрастание соединительной ткани различной плотности со скудной лимфоидной инфильтрацией. Единичные железы в поле зрения.

Уже 7-му дню на слизистой оболочке полости носа и верхнечелюстной пазухе наблюдаются первые признаки катарального воспаления. Как при воздействии отдельных факторов, так и при сочетании их. Горячий воздух, вызывая катаральное воспаление, а затем дистрофические изменения в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух, является несколько меньшим раздражителем, чем запыленность. Наиболее выраженные изменения слизистой оболочки наблюдаются при одновременном воздействии температурного и пылевого факторов, когда уже к 20 дню появляются атрофические изменения эпителия в отдельных участках полости носа и верхнечелюстной пазухи. По мере удлинения сроков воздействия появляется метаплазия эпителий, то есть возникает новое качественное состояние. При этом призматический эпителий вначале превращается в переходный, а затем в многослойный, плоский. Атрофический процесс захватывает более глубокие слои слизистой оболочки. Увеличивается количество фиброзной ткани. Концевые отделы желез уменьшаются в размерах вследствие сдавливания склерозированной стромой. Уменьшается секреторная функция желез, эпителий их уплощается, иногда наблюдается их кистозное расширение.

Таким образом, нами экспериментально доказано пагубное влияние климатических факторов аридной зоны Средней Азии на слизистую оболочку полости носа.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Нарматова Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В нашей стране в последние десятилетия предпочтение отдавалось аппаратам внешней фиксации (АВФ), где в качестве фиксаторов используются спицы, стержни и их комбинации. Этот выбор объясняется тем, что метод чрескостного остеосинтеза (ЧКОС) позволяет выполнять репозицию закрыто, с минимальным повреждением окружающих тканей, а также не затрагивая область перелома (внеочагово) и зоны роста с полным сопоставлением отломков. Метод обеспечивает стабильность и жесткость фиксации с сохранением опорно-двигательной функции конечности, обладает хорошей управляемостью фрагментами и позволяет приступить к ранней реабилитации пациента в послеоперационном периоде.

Однако использование спицевых АВФ при переломах бедренной кости ограничено громоздкостью конструкции и незначительностью перекреста спиц, что приводит к нестабильности проксимальной опоры аппарата в значительном массиве мягких тканей, и, как следствие, развитию воспалительных осложнений. Немаловажную роль в ограничении применения спицевых конструкций играет анатомическая сложность проведения спиц.

Подобные проблемы решаются применением внутрикостных резьбовых стержней, что позволяет упростить процесс наложения аппарата и снизить риск повреждения сосудисто-нервных пучков. Основным недостатком стержневых аппаратов внешней фиксации, является то, что костные фрагменты фиксируются, как правило, в одной плоскости. Это снижает жесткость фиксации, а из-за тяги приводящих мышц бедра, возможно развитие варусной деформации аппарата в целом, и внутрикостных стержней в частности.

Таким образом, вопрос совершенствования лечения диафизарных переломов бедренной кости у детей остается актуальным. Решение должно быть направлено на снижение инвазивности вмешательства, минимизации ухода за пациентом в послеоперационном периоде с возможностью ранней реабилитации, сокращения возможных осложнений и, в итоге, улучшение результатов лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с диафизарными переломами бедренной кости различной локализации путем применения оригинальных монологических аппаратов внешней фиксации собственной разработки.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, мы обследовали 536 пациентов с переломами бедренной кости различной локализации и их последствиями, которым с 2016 по 2020 гг. проводилось клинικο-рентгенологическое обследование и лечение. Среди наблюдавшихся, мальчики составили 343 (64%), а девочки - 193 (36%). По стороне поражения преобладала левосторонняя травма и составила 305 (57%), а правосторонняя - 231 (43%).

По локализации повреждения переломы в верхней трети бедренной кости встречались у 122 (22,9%) больных, в средней трети - у 358 (66,7%) пациентов и в нижней трети — у 56 (10,4%) пострадавших.

Необходимо отметить, что среди видов травм превалировала уличная - 201 (37,5%) случаев, бытовая травма отмечена в 184 (34,4%) случаях, спортивная - в 26 (4,9%), школьная — в 31 (5,8%), а дорожно-транспортная травма - в 94 (17,5%) случаях.

Результаты исследования. Все больные с указанной патологией были разделены на группы (основную, сравнения и группу традиционных методов лечения) в зависимости от применяемых методов лечения. 121 (22,5%) пациенту применялись традиционные способы лечения: скелетное вытяжение по Шеде — 96 (17,9%) случаев, закрытая репозиция с наложением гипсовой кокситной повязки - 10 (1,9%), остеосинтез спицами - 8 (1,4%), интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями - 7 (1,3%).

Пострадавшим, которым были применены традиционные методы лечения, в дальнейшем в исследовании не оценивались.

415 (77,5%) пациентов были пролечены с применением метода ЧКОС с различными системами остеофиксации. Из них, 85 (15,9%) пациентов были пролечены спицевыми (38 случаев) и спице - стержневыми конструкциями (47 случаев), данные пострадавшие вошли в группу сравнения. Применение спице - стержневого чрескостного остеосинтеза выполнялось на стандартной компоновке Илизарова, с той разницей, что проксимальная дуговая опора заменялась на секторальную опору со стержневой системой фиксации. В основную группу вошли 330 (61,6%) пациентов, пролеченных с применением разработанных стержневых аппаратов внешней фиксации.

По локализации отмечено: с переломами в нижней трети бедра проходили лечение - 43 (10,3%) пострадавших, из них в группе сравнения - 10 (2,4%), а в основной - 33 (7,9%). С переломами в средней трети наблюдалось - 273 (65,8%) пациентов, из них в группе сравнения - 56 (13,5%), а в основной - 217 (52,3%) пациентов. С переломами в верхней трети пролечены 99 (23,9%) пациента, из них в группе сравнения - 19 (4,6%), а в основной - 80 (19,3%).

ЧКОС применяли у пациентов старше трех лет с нестабильными переломами и переломами со смещением, при отсутствии противопоказаний к оперативному лечению.

Большее количество пациентов с переломами бедренной кости наблюдались в возрастной группе от 8 до 11 лет - 184 (44,3%). Из них с применением стержневых АВФ, прооперированы 146 (35,2%) пациентов, спицевых компоновок - 17 (4,1%) пострадавших, а спице-стержневых-21 (5%) обратившихся.

На основании клинико-рентгенологических данных пациенты были подразделены на три подгруппы: переломы в верхней, средней и нижней третях бедренной кости.

Переломы верхней трети бедренной кости встречались у 122 (22,9%) пострадавших: с подвертельными переломами бедренной кости 44 (10,8%) случая, с переломами бедренной кости в верхней трети с наличием короткого проксимального фрагмента - 78 (19,1%). Под понятием «короткий проксимальный фрагмент», мы подразумевали фрагмент кости, на котором невозможно разместить остеофиксаторы (внутрикостные стержни) по общепринятым принципам в монологических аппаратах, то есть, параллельно друг другу с «разбросом на протяжении», чтобы обеспечить достаточную жесткость фиксации и управляемость проксимального фрагмента. В эту группу вошли так же 12 (2,9%) пациентов с наличием протяженной линии излома.

С переломом средней трети бедренной кости обратилось 358 (66,7%) детей. С переломами нижней трети бедра было 56 (10,4%) пострадавших. Полные смещения наблюдались у 405 (75,6%) пациентов, неполные - у 131 (24,4%) больных. Со стабильными переломами бедренной кости наблюдалось 168 (31,3%) пациентов, с нестабильными - 368 (68,7%) детей и подростков.

Вывод. Разработанные АВФ и их компоновки, применяемые для лечения переломов бедренной кости у детей с учетом возраста и локализации повреждения, позволяют улучшить функциональные и анатомические результаты, сократить сроки пребывания пациента в стационаре, а также общего срока лечения данной патологии.

Возможность ранней нагрузки на оперированную конечность при использовании применяемых конструкций делает позитивным реабилитационный прогноз.

Механико-прочностные свойства предлагаемых конструкций, не уступающих прочностным свойствам аппарата Илизарова, позволяют сделать применение разработанных компоновочных схем оправданным при повреждении диафиза бедренной кости у детей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ МЕТОДИК МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА

Нарматова Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До сих пор в детской ортопедии используются не вполне совершенные металлофиксаторы проксимального отдела бедренной кости, при использовании которых результат коррекции в основном зависит от мастерства хирурга и может приводить к увеличению процента неудовлетворительных исходов лечения, осложнениям, связанным с отсутствием запланированной и потерей выполненной коррекции вследствие неправильной установки металлоконструкций, их переломами, и последующим вторичным смещением, а также связанные с замедленной консолидацией в зоне остеотомии, и даже образованием ложных суставов.

Нередко приходится сталкиваться со случаями использования подручных и неадекватных средств удержания костных фрагментов, таких как спицы, интрамедуллярные стержни Богданова и т.д. Зачастую неудовлетворительные исходы лечения напрямую связаны со сложностью проведения металлоостеосинтеза. Кроме того, характеристики надежности таких фиксаторов требуют дополнительной гипсовой иммобилизации и не совпадают с условиями оптимальной реабилитации. Все это повышает процент отрицательных результатов, осложнений хирургической коррекции. Отсутствие необходимого технического обеспечения должно являться противопоказанием к выполнению подобных плановых вмешательств.

Тем самым, модернизация средств остеосинтеза проксимального отдела бедренной кости у детей крайне актуальна.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей и подростков с патологией тазобедренного сустава на основе совершенствования техники хирургической коррекции проксимального отдела бедренной кости и методов остеосинтеза.

Материалы и методы исследования. В работу включено 140 пациентов с различной патологией тазобедренного сустава в возрасте от 1,5 до 18 лет.

Результаты исследования. Результат коррекции патологии тазобедренного сустава у детей и подростков зависит от фиксатора, применяемого при остеосинтезе проксимального отдела бедренной кости и техники его установки.

Для осуществления различных реконструктивных операций на проксимальном отделе бедренной кости у детей от 1,5 до 18 лет, с учетом возрастных особенностей тазобедренных суставов и биомеханических расчетов, в отделении детской ортопедии г. Андижана разработан набор металлофиксаторов и инструментов для их установки.

Стендовые прочностные испытания разработанных в г. Андижана конструкций для коррекции ПОБК у детей, доказали правильность определения их характеристик и стабилизирующие возможности.

Широкая геометрическая и размерная линейка новых конструкций, оригинальное техническое оснащение и методика их применения, разработанные в отделении детской ортопедии г. Андижана, обеспечили точность проведения запланированной коррекции, упростили процесс выполнения оперативного вмешательства, снизили травматичность, а также время его проведения.

Применение новой методики хирургической коррекции проксимального отдела бедренной кости у детей и подростков с различной патологией тазобедренного сустава и использование разработанного детского набора для металлоостеосинтеза, обеспечило положительные результаты лечения в большинстве случаев - 135 (98,6%) человек

Вывод. Предложена методика точной коррекции различных деформаций ПОБК у детей и подростков с помощью разработанного набора металлофиксаторов и кашолированной системой их установки с алгоритмом обучения, обеспечивающим ее успешное освоение хирургическим персоналом. Применение методики позволило снизить травматичность вмешательства, сократить время операции до 40 минут, избежать технических погрешностей установок фиксирующих конструкций, тем самым улучшив результаты лечения (положительный результат в 98,6% случаев).

SURGICAL TACTICS AND CHOICE OF PHARMACOTHERAPY FOR STENOSING PYLORODUODENAL ULCERS

*Nishanov M.F., Khozhimetov D.Sh.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Chronic ulcer of pyloroduodenal localization in 10,0-17,0% of patients is complicated by stenosis of the stomach output part. Among other complications of ulcerous disease, pyloroduodenal stenosis is an indication for surgical treatment in 45-47%. Despite the high frequency of this complication, issues of choosing the surgery method based on clinical and laboratory studies of the pathological duodenogastric reflux parameters and its role in the development of pathological syndromes have not been studied enough.

Aim of the study is to improve surgical treatment results of patients with stenotic pyloroduodenal ulcers.

Material and methods Our study is based on an analysis of the examination and surgical treatment results of 223 patients with peptic ulcer complicated by pyloroduodenal stenosis who underwent various options for gastrectomy, as well as 32 patients with stenotic pyloroduodenal ulcers who underwent excision of the stenotic ulcer with plastic surgery of the pyloroduodenal zone to normalize the evacuation function of the stomach.

176 of 223 patients with PDU complicated by stenosis were performed various options gastrectomy, mainly by applying gastroduodenostomosis (in 150 - 85.22% of patients). In 32 patients, stenotic ulcers with PDP were excised, and in 5 patients gastroenteroanastomosis with Brown anastomosis was applied.

It must be underlined that gastrectomy begins with the preparation of the stomach stump by our improved method with small omentum excision and removal of no more than 1/2 part of the stomach, by the application of single-row sutures. Excision of a small omentum with saving gastrectomy, Billroth - I - Haberer GDA was performed in 66 patients with peptic ulcer complicated by pyloric stenosis, after antiulcer pharmacotherapy in the absence of ulcer penetration and sharp inflammatory infiltration on the posterior wall of the duodenal bulb, which could obstruct the direct gastroduodenal anastomosis by Haberer.

A surgery of choice in case of a stenosing difficult pyloroduodenal ulcer can be considered a saving gastrectomy with small omentum excision and the imposition of TLTGDA (in 26 patients) or TLOGDA (in 62 patients). When closing a difficult duodenal stump technical difficulties arise with large, "kissing" ulcers that penetrate the head of pancreas. The most rational method in such cases is the mobilization of the duodenum with the reservation of the ulcer base in place (ectroduodenization of the ulcer). If it is impossible to apply GDA, the stomach stump prepared by us is connected with the initial part of the jejunum (the Billroth-II principle in the modification of the Hoffmeister-Finster). We used this approach in 23 patients. When gastrojejunostomosis was applied, single-row sero-muscular-submucosal sutures were used and a nasogastrojeuno-duodenal probe was introduced to decompress the GEA area and duodenal stump. The development of pathogenetically based blockers of aggressive factors in gastric juice (proton pump inhibitors, H2 receptor inhibitors) and Hp eradication contributed to the introduction of organ-saving stomach operations not only in emergency surgery, but also in planned surgery on the stomach due to peptic ulcer. As it can be seen from table 5, the vast majority (26) of patients in the main group, in patients with compensated and subcompensated stenosis were performed an excision of stenosing PDUs with pyloroduodenoplasty.

Results and discussion. In the postoperative period early complications were observed in 33 (23.40%) patients of the control group, including those associated with stomach surgery - in 20 (14.18%) cases, and general ones - in 13 (9.22%) patients. Duodenal stump sutures failure occurred in 3 (2.12%) patients; the obliterated form developed in 2 patients and acute form - in 1 case. On the relaparotomy of this patient the duodenal stump was sutured, drainage tubes for active aspiration were summed up. However, he died due to continued peritonitis. Anastomosis failure occurred in 1 patient. In relaparotomy the defect was sutured, he recovered. Stomach evacuation function disorder occurred in 8 (5.67%) patients. Bleeding occurred in 2 (1.41%) cases. These patients recovered as a result of enhanced conservative therapy, including endoscopic measures. Two more patients died: one due to peritonitis that arose as a complication of acute destructive pancreatitis, and the other from acute myocardial infarction. The number of early postoperative complications in the compared groups is presented in table 5. In the first period patients were treated according to traditional management methods. Patients were prepared for surgery in a hospital for 2-3 days. During this period,

comprehensive antiulcer therapy was carried out, impaired functions of vital organs were corrected, and the body's reserves were replenished by intravenous infusions of salt and protein solutions, the prescription of drugs normalizing metabolic processes. The contents were evacuated from the stomach stump passively, through a nasogastric tube which was installed temporarily for 2-3 days. In the postoperative period, all patients received adequate antibiotic and infusion therapy. The mean quantity of bed-days made up 10,2 days.

Conclusion. Thus, improved methods of saving gastrectomy with excision of the small omentum, predominant completion by application of gastroduodenal anastomosis leads to a decrease in the aggressiveness of gastric juice peptic factors and to normalization of the stomach evacuation function, promotes the natural passage of food through the digestive tract, and the rapid normalization of the stomach and duodenum disturbed functions. The introduction of stenotic ulcers excision with plastic surgery into clinical practice against the background of blockers of gastric juice aggressive factors and Hp eradication leads to a sharp improvement in the surgical treatment results of peptic ulcer complicated forms in general and with stenotic PDU in particular.

TECHNICAL AND TACTICAL ASPECTS OF THE TREATMENT OF PYLORODUODENAL ULCERS

*Nishanov M.F., Nishonov F. N., Khozhimetov D.Sh.
Andijan State Medical Institute*

Introduction Chronic ulcer of pyloroduodenal localization in 10.0-17.0% of patients is complicated by stenosis of the output part of the stomach. Among other complications of peptic ulcer disease, pyloroduodenal stenosis is an indication for surgical treatment in 45-47%. Despite the high frequency of this complication, the choice of surgical method based on clinical and laboratory studies of the pathological duodenogastric reflux parameters and its role in the development of pathological syndromes has not been studied enough.

Aim of the study was to improve surgical treatment results in patients with gastric and duodenal ulcers complicated by stenosis, aimed at reducing postoperative complications and reducing mortality to 0%.

Material and methods. 233 patients with pyloroduodenal stenosis received treatment during the study period (2001-2016). All patients were divided into 2 groups: the comparison group (n = 147) and the main group (n = 86). 141 patients were observed with duodenal ulcers and 6 patients – with gastric ulcers in the comparison group. In the main group, duodenal ulcers were noted in 82 cases, gastric ulcers – in 4 cases. The mean age of the patients was 44.9 ± 3.1 years in the comparison group and 45.4 ± 2.8 years in the main group. The duration of the ulcerative history was 10.6 ± 0.8 and 12.4 ± 0.9 years in the comparison group and the main group.

Results and discussion. In the preoperative period, effective bougienage with stabilization of the state was noted in 16.3% (14 out of 86) cases of the main group, while in the comparison group they were not observed (Fig.1). Bougienage followed by probing was also performed in 4 patients (4.7%) in the main group. The stabilization of the condition against the background of probing was noted in 12 (14.0%) patients of the main and in 19 (13.6%) patients of the comparison group. In most cases (38.8%; 57 patients) of the comparison group improvement was observed against the background of conservative therapy.

Conclusion. Thus, the inclusion of endoscopic bougienage at the decompensated stage of the process in the complex of preoperative preparation of patients with pyloroduodenal stenosis along with other options (probing, conservative therapy) can reduce the risk of surgical intervention to a minimum in 67.4% of patients (in 58 of 86 patients in the main group) while with standard preparation methods this indicator was 47.6% (in 70 of 147 patients in the comparison group) ($\chi^2 = 8.612$; $df = 1$; $p = 0.004$), as well as improve motor-evacuation function of the stomach from 33.3% (in 20 of 60 patients with probing) to 61.1% (in 11 of 18 patients with bougienage) ($\chi^2 = 4.461$; $df = 1$; $p = 0.035$). The expansion of the complex of preoperative preparation in patients with pyloroduodenal stenosis due to the inclusion of endoscopic bougienage along with other options (probing, conservative therapy) can improve not only the condition of patients, but also the motor-evacuation function of the stomach ($\chi^2 = 4.461$; $df = 1$; $p = 0.035$), which in general, together with an increase in the share of organ-saving surgeries, led to a decrease in the frequency of specific complications from 13.6% (in 20 of 147 patients in the comparison group) to 7.0% (in 6 of 86 patients in the main group), general complications from 10.2% (15 of 147) and 5.8% (5 of 86) and mortality from 1.4% (2 in the comparison group) to 0%. Accordingly, the share of the uncomplicated course of the postoperative period increased from 76.2% (112 in the comparison group) to 87.2% (75 in the main group) ($\chi^2 = 4.158$; $df = 1$; $p = 0.042$).

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИКИ АНДИЖАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА С 2015 ПО 2019 ГГ.

*Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением проходимости содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника. ОКН - это одно из наиболее тяжелых заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Частота ОКН на протяжении последних лет сохраняется, а летальность при данной патологии не имеет тенденции к снижению.

Материал и методы. Из 695 пациентов с ОКН 318 (54,7%) были мужского пола, 377 женского пола (54,3%), в возрасте от 17 до 90 лет (средний возраст 57,5 года).

Поступили в сроки до 6 часов - 178 (15,6%), до 24 часов - 213 (30,6%) и после 24 часов - 304 (43,7%) пациентов. Консервативное лечение получили 109 (15,7%), оперативное 586 (84,3%) человек. Предоперационное пребывание составило от 1 часа до 2 дней, послеоперационное койко дней составило в среднем 9,3 дня.

Наибольшее количество пациентов было с острой спаечной кишечной непроходимостью - 178, копростаз выявлен у 61, заворот тонкой кишки 127, заворот сигмовидной кишки у 135, инвагинационная кишечная непроходимость у 14, тромбоз мезентеральных сосудов 63, синдром Пейца-Егерса 8, рак кишечника 109 пациента.

Среди непроходимостей опухолевой природы рак сигмовидной кишки выявлен в 68 случаях, рак печеночного угла ободочной кишки у 2 пациентов, опухоль селезеночного угла у 3, поперечно-ободочной кишки в 1 случае, рак прямой кишки 27, рак матки с острой кишечной непроходимостью у 1 пациентки, рак тонкой кишки 7.

Результаты и обсуждение. Выполнены следующие оперативные вмешательства: лапаротомия и рассечение спаек (97), рассечение спаек с резекцией тонкой кишки с анастомозом бок в бок (81), левосторонняя гемиколэктомия (4), правосторонняя гемиколэктомия (31), резекция тонкой кишки с илеоасцендоанастомозом конец в бок (18), деторсия сигмовидной кишки с мезосигмопликацией (132), обходной еюно-трансверзоанастомоз (8), резекция сигмовидной кишки с концевой колостомой (68). Произведено 9 релапаротомий и 2 ушивание эвентрации. Все анастомозы выполнялись однорядными узловыми швами. Осложнения развились в 47 случаях (6,7%). Умерли 6 пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью после оперативного лечения (рассечения спаек и резекции тонкой кишки, тромбозом мезентеральных сосудов), от сердечно-сосудистой, печеночной, почечной недостаточности.

Выводы. В подавляющем количестве случаев причиной острой кишечной непроходимости является спаечная болезнь брюшной полости, что требует разработки современных и действенных методов профилактики спайкообразования.

Причина кишечной непроходимости опухолевой природы требует более раннего выявления на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, с направлением на специализированное лечение в онкологические стационары для проведения своевременного и радикального лечения.

Во всех случаях, когда диагноз острой механической кишечной непроходимости установлен или предполагается, пациент должен быть экстренно госпитализирован в хирургический стационар.

Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (не более 2 часов) показано только при наличии перитонита и клиники странгуляционной кишечной непроходимости, в остальных случаях лечение начинают с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтвержден) мероприятий. При отсутствии эффекта от консервативного лечения показано оперативное лечение.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ И КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Абдулхаева Б.Х., Саидкамолов Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. С внедрением малоинвазивных технологий в современную хирургию значительно расширились возможности ликвидации кистозных образований, а также абсцессов паренхиматозных органов брюшной полости с целью оптимального лечения. Традиционные методы оперативного лечения объемных образований органов брюшной полости (кисты и абсцессы печени, кисты поджелудочной железы), сопровождаются большой частотой осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов. Использование малоинвазивных способов, к числу которых относится чрескожные пункции и дренирования, все больше и больше стали находить применение в хирургической практике. Минимизация операционной травмы позволяет значительно облегчить течение послеоперационного периода, уменьшить частоту осложнений и длительность периода реабилитации, улучшить качество жизни больных с кистозными образованиями и абсцессами паренхиматозных органов.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения абсцессов печени и кист поджелудочной железы путем внедрения малоинвазивных методов хирургической коррекции.

Материал и методы исследования. За период с 2016 по 2019 годы на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ на стационарном лечении находилось 79 больных перенесших оперативные вмешательства по поводу кистозных образований органов брюшной полости (кисты и абсцессы печени, кисты поджелудочной железы) и проанализированы возможности их малоинвазивной коррекции. Всем больным проводилось комплексное исследование, которое включало общеклинические анализы крови, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое сканирование (УЗС), по показаниям компьютерная томография.

Среди этих больных кисты печени (КП) были диагностированы у 39, абсцессы печени (АП) у 16, кисты поджелудочной железы (ПЖ) 24 пациентов.

Показанием для пункционно-дренажного метода явилось наличие жидкостного образования и густой массы размером более 3 см, признаки интоксикации, повышения температуры и болезненность.

Использовали две основные методики лечения: пункционную аспирацию (PAIR) и склерозирование небольших непаразитарных кист, пункционное перкутанное дренирование эхинококковых кист (PAIR-PD) под контролем УЗИ и рентген.

Чрескожные пункции осуществляли в операционной оснащенной ультразвуковой аппаратурой Aloka SSD 260 (Япония) и рентгентелевизионной установкой фирмы «FISCHER IMAGING corporation» (Германия). Методика: Пункцию проводились под местной анестезией 2% раствором лидокаина. После обработки операционного поля, пациента обкладывали стерильными и под контролем УЗС определяется наиболее безопасная точка для пункции остаточной полости вне сосудисто-секреторных образований, затем в асептических условиях под местной анестезией и при динамическом наблюдении УЗС производится её пункция иглой «Chiba» №18. Затем фиксируем изображение на экране УЗ монитора и по траектории (пунктирной линии) вычисляем расстояние от кожи до середины ОП, что соответствует допустимой глубине пункции (допустимая глубина введения иглы при анестезии). После того как произведена пункция остаточной полости, снимаем УЗ датчик, извлекаем мандрен и по игле производили максимальную аспирацию основной массы жидкости, количество которой зависело от ее объема и размера ОП и дальнейшие манипуляции выполняем под контролем рентгентелевидения.

Для деструкции и склерозирования кист готовили смесь, состоящую из 2-х частей 96° этилового спирта, т.е. 2,5%-й спиртовой раствор йода. Полости абсцесса обрабатывали комплексно и последовательно 20%-ным раствором натрия хлорида, горячим фурациллином (70°-75°С), 96% спиртом, 5%-ной йодной настойкой, посредством которой надежно обеспечивалась полная деструкция отслоившихся тканей абсцесса. При инфицированных кистах и абсцессах осуществляли 3 – 5 кратное промывание полости антисептиками на фоне проведения антибактериальной терапии. С целью контроля размеров полости кисты и абсцесса, состояния и эффективности дренирования в послеоперационном периоде осуществляли этапные рентгеноцистографии с интервалом 7 – 10 суток. Уменьшение объема полости наблюдалось у всех больных через 5 – 7 суток после операции. Длительность дренирования от 3 до 8 нед в зависимости от размеров кист, их содержимого, а также возникших послеоперационных осложнений. Изучение причин возникновения абсцесса и кист (серозный, геморрагический, желчный,) показало: что причиной служило, позднее обращение больных и позднее выявление кистозных образований с осложненными формами. При инфицированных кистах и абсцессах осуществляли 3 – 5 кратное промывание полости антисептиками на фоне проведения антибактериальной терапии.

Результаты и их обсуждение. Предлагаемый метод не требовал дополнительных разрезов, вскрытий и других оперативных подходов. К первым суткам после пункционного дренирования выделение из дренажа уменьшалось, при наличии АП (16) температура тела нормализовалась, общее состояние улучшилось у всех больных. В динамике у 39 пациентов с КП уже на 3 сутки, при контрольном УЗИ отмечали уменьшение ее размеров, трубку удалили на 12 сутки, когда при промывании ОП, жидкость встречала сопротивление. У 24 больных с кистой ПЖ по мере закрытия полости объем вводимого антисептического раствора уменьшился на 4 сутки, на 15 сутки избыточная инстиляция проявлялась обратной струей жидкости и появлением болевых ощущений у больного, дренаж удален на 18 сутки после контрольного УЗИ.

В послеоперационном периоде каких-либо осложнений, связанных с пункционно-дренажным методом не наблюдали. Отмечалась лишь умеренная воспалительная реакция вокруг дренажной трубки у 7 больных, которая после соответствующего локального лечения быстро регрессировала.

В зависимости от размеров КП, АП и кисты ПЖ дренаж сохраняли от 11 дней до 6 месяцев и удаляли после контрольного УЗИ. После удаления дренажа проводили УЗИ контроль через 1,3,6-12 месяцев. Во всех случаях до и после пункционного дренирования полости больным назначали метронидазол по 250 мг в 2 раза в день, Гепамерц по 10 мл на 0,9% растворе натрия хлора внутривенно, иммуномодулин по 1,0 внутримышечно. При кистах ПЖ проводили подавление секреторной функции поджелудочной железы и желудка. Данного эффекта добивались за счет исключения перорального приема пищи в течение 5-7 дней, аспирацией желудочного содержимого. С целью снижения продукции желудочного секрета и для профилактики острых язв, опасных осложнением кровотечением, использовали Н2 блокаторы и блокаторы протонной помпы.

Заключение: Пункция и дренирование нагноившихся остаточных полостей печени, кист ПЖ и забрюшинного пространства под контролем УЗИ и рентгенотелевидения - эффективный метод их хирургической коррекции, минимальную инвазивность, с меньшими затратами и имеющий хороший косметический эффект, раннюю активизацию оперированных, позволяющий избежать выполнения лапаротомных вмешательств.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Нишинов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. При хирургическом лечении эхинококкоза, тем более диссеминированного эхинококкоза (ДЭ) органов брюшной полости, основные нерешенные вопросы сводятся к определению объема предоперационной подготовки, вопросов этапности оперативных вмешательств, определению тактики по отношению к доступу и выбора наиболее подходящего метода ликвидации остаточной полости и способа обработки остаточной полости (ОП).

Цель исследования: оптимизация хирургической тактики у больных диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 64 больных диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости, получавших стационарное лечение в клинике АндГосМИ в период с 2010 по 2019 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная – 33 (51,5%) больных, которые получали лечение в 2010-2015 гг. традиционными методами; основная - 31 (48,5%) больной, которые получали стационарное лечение в 2016-2019 гг. усовершенствованными нами методами лечения.

При этом в контрольной группе рецидивы с диссеминацией диагностированы у 17 (51,5%), вторично-диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости у 8 (24,2%), при этом больные с первичной диссеминацией был - у 8 (24,2%). В основной группе рецидивы с диссеминацией диагностированы - у 18 (58,1%), вторично-диссеминированный эхинококкоз печени у 4 (12,9%), третично - диссеминированный у 2 (6,4%) больного, а первично - диссеминированная форма отмечена - у 7 (22,5%) больных. В обеих группах превалировало число женщин: 34 (53,2%) и 26 (40,6%) соответственно. Основной контингент оперированных больных составили лица трудоспособного возраста 76% (49 больных) 19-44 лет.

При диагностике использовались общеклинические методы исследований (жалобы, анамнез, объективный осмотр), в сочетании рентгеноскопия, УЗИ а в сомнительных случаях МРТ. В клиника - лабораторных исследованиях было обнаружено, что в обеих группах превалировало число больных с III – й группой крови (51,5%). Все больные, были подвергнуты к оперативному лечению.

Одним из важных этапов операции является выбор доступа в зависимости от локализации ЭК. Верхнесрединный доступ у больных контрольной группы было выполнено у 20 больных, в 2 (6,1%) случаях срединная лапаротомия, в 1

(3,0%) случае верхнесрединный хирургический доступ дополнен нижнесрединным. У 3 тотально-срединный хирургический доступ. У 6 больных при локализации ЭК в малом тазу применен нижнесрединный доступ. Косой правоподреберный доступ использован в 3 случаях. В контрольной группе при диссеминированном ЭП, в основном выполнена комбинированная ликвидация остаточной полости в 20 (61%) случаях, открытая ЭЭ с оставлением одного дренажа - в 11 (33,3%) случаях, в 2 (6,1%) с оставлением одного дренажа в отдельных и двух в других полостях.

В основной группе при диссеминации процесса во все сегменты печени у 16 больных выполнен верхнесрединный доступ. У 9 (29,0%) больных применен раздельный доступ с сохранением брюшной стенки над и под пупком до 8 см. У 2 (6,4%) больных применен верхне-срединный доступ с использованием ретрактора Сигала. У 2 (6,4%) больных применен косой правоподреберный доступ. У 1 (3,2%) больного применен раздельный доступ (косой правоподреберный+нижнесрединный).

В основной группе при диссеминированном ЭП в отличие от контрольной у 6 (19,3%) больных выполнена идеальная эхинококкэктомия, при этом в 12,9% случаев диаметр кисты достигал 5 см, в 6,4% - 6-10 см. Открытая ЭЭ с дренированием по типу «проточной системы» ОП выполнена 4 (12,9%) больным: в 9,6% случаях диаметр кист составил 6 – 10 см, в 3,2% - 20 см. Комбинированная ЭЭ выполнена 21 (67,7%) больному.

У больных основной группы была применена комплексная обработка остаточной полости: последовательно обрабатывали, горячим фурациллином (70°-75°С), 96% спиртом, 5%-ной йодной настойкой и коагулировали края фиброзной капсулы (Патент № IAP 05325).

В до- и послеоперационном периодах всем больным проводили антипаразитарную терапию препаратом «Альбендазол». Отличительным моментом в основной группе являлся, то что альбендазол давали по разработанной в клинике схеме (удостоверение на рац. предложение №942 в сочетании с метронидазолом, фуразолидоном и иммуностимуляторами): по 12 мг/кг 2 раза в день в дооперационном периоде, а в послеоперационном - начиная с 3-х суток - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней в сочетании с препаратом «Гепамерц».

Результаты и обсуждение. В контрольной группе послеоперационные осложнения общего характера наблюдались у 3 (9,1%) больных; у 1 (3,0%) в виде бронхопневмонии, летальный исход наблюдали у 2 (6,1) больных: у 1 с печеночно-почечной недостаточностью, у 1 больного с тромбоэмболией легочной артерии. Послеоперационные осложнения связанные с методом операции диагностированы у 10 (30,3%) больных: нагноение остаточной полости - у 3 (9,1%) больных, нагноение раны - у 3 (9,1%), абсцесс печени - у 2 (6,1%) больного. При открытой ЭЭ желчный свищ отмечен - у 2 (6,1%) больных.

Послеоперационные осложнения общего характера в основной группе были диагностированы у 1 (3,2%) больного, т.е. снизились в 2 раза; 1 случае развился летальный исход, с острым инфарктом миокарда. Послеоперационные осложнения связанные с методом операции диагностированы у 4 (12,9%) больных: нагноение ОП диагностировано у 1 (3,2%) больного, что в 2,2 раза ниже, чем в контрольной группе, нагноение раны - у 2 (6,4%). Желчный свищ в послеоперационном периоде наблюдалось у 1 (3,2%) больного.

Заключение. Как свидетельствует наш опыт, комплексное использование лабораторных (общий анализ крови, групп крови) УЗИ и МРТ позволяют определить локализацию и размеры эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости, оценить состояние фиброзной капсулы, наличие и характер осложнений. Было выявлено, что у определенных лиц больных наибольшее предрасположенность к данной патологии с III -й группой крови. Химиотерапия диссеминированного эхинококкоза печени в до и послеоперационном периоде является одним из важных аспектов, а иногда единственным методом, способствующим в профилактике повторных рецидивов и диссеминаций.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА И ПРОФИЛАКТИКА ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА.

*Нишонов Ф.Н., Хамидов Ф.Ш., Мадвалиев Б.Б., Нишонов Д.Ф.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность проблема. Диффузный токсический зоб является аутоиммунным заболеванием щитовидной железы, которое развивается, как правило, у генетически предрасположенных к нему лиц. Характерной особенностью является диффузное увеличение и гиперфункция щитовидной железы, что влечет за собой токсическое поражение органов и систем вследствие гиперпродукции тиреоидных гормонов (тиреотоксикоз). При показаниях хирургического лечения тяжелых и средней тяжести формах заболевания диффузного токсического зоба должно проводиться в условиях стационара.

Цель исследования - улучшения результатов медикаментозной терапии диффузного токсического зоба и профилактика тиреотоксического криза.

Больному в первую очередь обеспечивается покой, хороший сон, полноценное, богатое витаминами питание. Лечение диффузного токсического зоба многоцелевое и включает в себя при лечении тиреостатическими средствами, глюкокортикоидами, адреноблокаторами, лечение радиоактивным йодом, проведение иммуномодулирующей терапии, хирургическое лечение, симптоматическая терапия и лечение офтальмопатии.

При лечении диффузного токсического зоба тиреостатическими средствами используются следующие препараты. Мерказолил - препарат, блокирующий образование тиреоидных гормонов на уровне взаимодействия моно- и диодтирозина, а также тормозящий йодирование тирозиновых остатков тиреоглобулина. Он также оказывает иммуномодулирующее действие, улучшает функцию Т-лимфоцитов-супрессоров, снижает титры антитиреоидных антител.

Используют его в следующих дозировках: при легкой степени развития заболевания применяют 30 мг в сутки, при тиреотоксикозе средней тяжести и в тяжелой форме суточные дозы мерказолила достигают 40-120 мг. Указанные суточные дозы распределяются на 4 приема и в течение 2-3,5 недель приводят к уменьшению симптомов тиреотоксикоза, увеличению массы тела.

С момента наступления выраженного клинического улучшения (уменьшения общего возбуждения, урежения пульса до 90-100 ударов в минуту) доза мерказолила постепенно снижается, приблизительно по 5 мг каждые 7 дней и доводится

до поддерживающей, обычно составляющей 2,5-10 мг в день. Прием поддерживающей дозы мерказолила продолжается от 3 месяцев до 1,5 лет.

Преждевременная отмена препарата приводит к рецидиву тиреотоксикоза и необходимости назначать вновь высокие дозы мерказолила, нужно отменить, когда состояние уменьшено до уровня гипотиреозе. При применении мерказолила возможно возникновение побочных действий, среди которых развитие лейкопении и агранулоцитоза, для своевременного выявления которых необходимо исследовать кровь при суточной дозе мерказолила более 30 мг 1 раз в 10 дней, при поддерживающей дозе - 1 раз в месяц; аллергические реакции в виде эритемы, зудящих красных пятен или крапивницы; увеличение размеров щитовидной железы и увеличение экзофтальма.

При развитии увеличения размеров щитовидной железы или усилении экзофтальма к лечению диффузного токсического зоба и тиреотоксического криза добавляют небольшие дозы тироксина (по 25 мкг 2 раза в день), а также можно применять таблетки микройод.

Калия перхлорат - это препарат, который поглощается щитовидной железой, и тем самым блокируется поглощение ею йода, что приводит к уменьшению продукции тироксина и трийодтиронина и снижению поступления этих гормонов в кровь.

По эффективности калия перхлорат уступает мерказолилу. Препарат применяется преимущественно для лечения легких и средней тяжести форм тиреотоксикоза при непереносимости мерказолила или наличии лейкопении.

Калия перхлорат принимается в суточной дозе 800-1000 мг в течение 6 недель, затем по 600 мг в сутки в течение 4 недель, далее по 400 мг в сутки до устранения симптомов тиреотоксикоза, в дальнейшем - 200-400 мг в сутки на протяжении 1 года. Эффект наступает через 3-4 недели от начала приема препарата.

Побочные действия у калия перхлората те же, что и при применении мерказолила. Лития карбонат, действие которого заключается в снижении стимулирующего действия на щитовидную железу тиреотропина и тиреостимулирующих антител, ведет к снижению продукции тироксина и трийодтиронина и уменьшению содержания их в крови.

Лития карбонат преимущественно применяется при непереносимости мерказолила и назначается в суточной дозе 900-1500 мг. Побочные действия препарата выражаются в повышенной жажде, сонливости, нарушении ритма сердца, диарее, усилении тремора пальцев рук. При появлении побочных эффектов препарата необходимо сделать перерыв на 1-2 дня и далее применять его в уменьшенной дозе. Целесообразно проводить лечение тиреотоксикоза лития карбонатом в сочетании с мерказолилом.

Действие препаратов микройода направлено на уменьшение образования тиреоидных гормонов в щитовидной железе, уменьшение кровенаполнения щитовидной железы, блокирование выделения тиреотропного гормона.

Таблетки микройод применяют при увеличении щитовидной железы с явлениями гипертиреоза и для уменьшения зобогенного действия тиреостатических препаратов. Принимают внутрь (после еды) по 1 таблетке 2-3 раза в день курсами по 20 дней с 10-20-дневными перерывами. При длительном применении таблеток (так же, как и других содержащих йод препаратов) и при повышенной чувствительности к йоду возможны явления йодизма (насморк, крапивница, отек Квинке и др.). В этих случаях препарат отменяют.

В настоящее время в качестве препарата микройода применяется раствор Люголя. Раствор Люголя применяется в целях уменьшения кровенаполнения щитовидной железы перед операцией. Назначается по 10 капель (на молоке) 3 раза в день в течение 10-14 дней. Применение раствора Люголя прекращается после окончания курса тиреостатиков, когда рыхлая железистая ткань переходит в твердую.

Применяют его по следующей схеме: 20 капель в день на фоне приема мерказолила в суточной дозе 100 мг в течение 5 дней, затем ежедневно дозу раствора Люголя уменьшают на 1 каплю и постепенно отменяют, а дозу мерказолила постепенно снижают до 40-60 мг в сутки.

Эффект от лечения раствором Люголя наступает через 7-10 дней, однако в дальнейшем симптомы тиреотоксикоза рецидивируют. В связи с такой особенностью раствор Люголя при лечении крайне тяжелых форм тиреотоксикоза назначается только на фоне приема мерказолила.

Применение препаратов йода противопоказано при следующих заболеваниях: туберкулез легких, нефриты, фурункулез, угревая сыпь, хроническая пиодермия, геморрагические диатезы, крапивница, а также при беременности, повышенной чувствительности к йоду.

Выводы. Использование выше перечисленных медикаментов у 363 больных с ДТЗ привело к купированию тиреотоксикоза в течение 5-7 дней и тиреотоксический криз не наблюдали до и послеоперационным периоде.

ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ПЛАСТКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Нишинов Ф.Н., Бозоров Н.Э., Абдуллажонов Б.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Количество оперативных вмешательств на органах брюшной полости в нашей республике с каждым годом увеличивается. Исходя из этого, а также по другим причинам с каждым годом увеличивается число операций по поводу послеоперационных вентральных грыж. Несмотря на внедрение ненапряжных методов пластики, а также использование синтетических пластических материалов, тенденции к уменьшению рецидивов не наблюдается.

Цель: на основании анализа результатов оперативных вмешательств у больных с послеоперационными вентральными грыжами определить объем наиболее рациональных способов пластики передней брюшной стенки.

Материал и методы. Нами проанализированы ближайшие результаты лечения послеоперационных вентральных грыж 106 пациентов, находившихся на лечении в клинике в период 2016- 2020 годов. Среди них преобладали женщины – 74 (70,3%) над мужчинами – 32 (29,7%). По локализации грыжи возникали после верхнесрединной лапаротомии у 64 человека, после нижнесрединной у 36 человек, верхненижнесрединная лапаротомия – 6. Боковая локализации грыж отмечена в 7 случаях. Две локализации грыжи имели место у 5 человек.

Достаточно большое количество пациентов (34) были ранее оперированы (32,0%) по поводу послеоперационных вентральных грыж, причем 8 – дважды, а 2 – 3 раза. Ранее у них применялась пластика грыжевых ворот местными тканями (по Сапежко или Мейо), в трех случаях была произведена пластика сетчатым трансплантатом. Отягощающим фактором было сопутствующее ожирение разной степени выраженности, что имело место у 16 (15%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Все 106 пациентов подвергнуты повторному оперативному вмешательству. У части из них (45 человек, 44,2%) потребовалась предоперационная подготовка в связи с большими размерами грыж. У этих пациентов накануне операции производилась перидуральная анестезия. Начинали операцию с иссечения старого послеоперационного рубца. У 7 пациентов с ожирением и отвислым животом первым этапом операции была дермолипэктомия. У этих пациентов при наличии срединных грыж разрез производился по типу «мерседес». Грыжевой мешок в большинстве случаев выделялся и удалялся.

Однако у трех человек в результате длительного грыженосительства он становился утолщенным и очень плотным. Поэтому он иссекался частично, оставшаяся часть использовалась при пластике для укрепления брюшной стенки. После иссечения грыжевого мешка выполнили ревизию апоневроза, при этом у 25 (23,5%) были обнаружены дополнительные дефекты в апоневрозе (d 1-2 см), которые не определялись до операции. Эти дефекты соединялись с основным, что привело к тому, что у 50 человек имелись дефекты более 10 см по длиннику, что позволило данный доступ квалифицировать как герниолапаротомию. Следующим необходимым этапом операции является висцеролиз, который нами был произведен у 43 (40,6%) пациентов. У отдельных пациентов с ожирением (16 человек, 15%) с целью увеличения объема брюшной полости и уменьшения натяжения тканей при пластике выполнено частичное удаление большого сальника. Выбор метода пластики зависел от размеров дефекта в апоневрозе, состояния самого апоневроза и прилежащих мышц. В настоящее время при рецидивных, особенно при повторно рецидивных грыжах, мы отдаем предпочтение ненапряжным или смешанным способам пластики сетчатым трансплантатом, что было нами использовано во время 70 операций. При этом у 45 человек мы усовершенствовали наиболее распространенный способ пластики (по Сапежко) путем дополнительного расположения сетки между лапами апоневроза и сшивания ее и апоневроза П-образными швами с дополнительным укреплением за счет сшивания верхней поперечной мышцы живота. У 18 пациентов пластика брюшной стенки производилась также сетчатым имплантом, но он располагался по методу «in lay». Небольшие дефекты апоневроза (менее 5 см) ушивались по способам Сапежко (17) или Мейо (5), или местными тканями (2). При вентральных грыжах боковых стенок живота пластика выполнялась местными тканями и во всех случаях дополнялась полипропиленовой сеткой, которая располагалась «in lay». У 60 больных выполнена пластика грыжевых ворот с использованием аутодермальной пластики разработанными нами. Во время и послеоперационном периоде осложненный не наблюдали.

Выводы: Таким образом, у всех пациентов с послеоперационными вентральными грыжами необходимо иссекать послеоперационный рубец, при среднесрединных грыжах желательно вместе с пупком. При рецидивных грыжах и при больших дефектах в апоневрозе (более 10 см) необходимо использовать ненапряжные способы пластики вместе с сетчатым аллотрансплантатом. Наиболее приемлемым может быть усовершенствованный нами способ пластики методом Сапежко с использованием аутодермальной трансплантата с расположением его сублай.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Нищонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Абдулхаева Б.Х.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. При хирургическом лечении эхинококкоза, тем более диссеминированного эхинококкоза (ДЭ) органов брюшной полости, основные нерешенные вопросы сводятся к определению объема предоперационной подготовки, вопросов этапности оперативных вмешательств, определению тактики по отношению к доступу и выбору наиболее подходящего метода ликвидации остаточной полости и способа обработки остаточной полости (ОП).

Цель исследования: оптимизация хирургической тактики у больных диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 64 больных диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости, получавших стационарное лечение в клинике АндГосМИ в период с 2010 по 2019 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная – 33 (51,5%) больных, которые получали лечение в 2010-2015 гг. традиционными методами; основная – 31 (48,5%) больной, которые получали стационарное лечение в 2016-2019 гг. усовершенствованными нами методами лечения.

При этом в контрольной группе рецидивы с диссеминацией диагностированы у 17 (51,5%), вторично-диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости у 8 (24,2%), при этом больные с первичной диссеминацией был - у 8 (24,2%). В основной группе рецидивы с диссеминацией диагностированы - у 18 (58,1%), вторично-диссеминированный эхинококкоз печени у 4 (12,9%), третично - диссеминированный у 2 (6,4%) больного, а первично - диссеминированная форма отмечена - у 7 (22,5%) больных. В обеих группах превалировало число женщин: 34 (53,2%) и 26 (40,6%) соответственно. Основной контингент оперированных больных составили лица трудоспособного возраста 76% (49 больных) 19-44 лет.

При диагностике использовались общеклинические методы исследований (жалобы, анамнез, объективный осмотр), в сочетании рентгеноскопия, УЗИ а в сомнительных случаях МРТ. В клиника - лабораторных исследованиях было обнаружено, что в обеих группах превалировало число больных с III – й группой крови (51,5%). Все больные, были подвергнуты к оперативному лечению.

Одним из важных этапов операции является выбор доступа в зависимости от локализации ЭК. Верхнесрединный доступ у больных контрольной группы было выполнено у 20 больных, в 2 (6,1%) случаях срединная лапаротомия, в 1 (3,0%) случае верхнесрединный хирургический доступ дополнен нижнесрединным. У 3 тотально-срединный

хирургический доступ. У 6 больных при локализации ЭК в малом тазу применен нижнесрединный доступ. Косой правоподрёберный доступ использован в 3 случаях. В контрольной группе при диссеминированном ЭП, в основном выполнена комбинированная ликвидация остаточной полости в 20 (61%) случаях, открытая ЭЭ с оставлением одного дренажа - в 11 (33,3%) случаях, в 2 (6,1%) с оставлением одного дренажа в отдельных и двух в других полостях.

В основной группе при диссеминации процесса во все сегменты печени у 16 больных выполнен верхнесрединный доступ. У 9 (29,0%) больных применен раздельный доступ с сохранением брюшной стенки над и под пупком до 8 см. У 2 (6,4%) больных применен верхне-срединный доступ с использованием ретрактора Сигала. У 2 (6,4%) больных применен косой правоподрёберный доступ. У 1 (3,2%) больного применен раздельный доступ (косой правоподрёберный+нижнесрединный).

В основной группе при диссеминированном ЭП в отличие от контрольной у 6 (19,3%) больных выполнена идеальная эхинококкэктомия, при этом в 12,9% случаев диаметр кисты достигал 5 см, в 6,4% - 6-10 см. Открытая ЭЭ с дренированием по типу «проточной системы» ОП выполнена 4 (12,9%) больным: в 9,6% случаях диаметр кист составил 6 – 10 см, в 3,2% - 20 см. Комбинированная ЭЭ выполнена 21 (67,7%) больному.

У больных основной группы была применена комплексная обработка остаточной полости: последовательно обрабатывали, горячим фурациллином (70⁰-75⁰С), 96% спиртом, 5%-ной йодной настойкой и коагулировали края фиброзной капсулы (Патент № IAP 05325).

В до- и послеоперационном периодах всем больным проводили антипаразитарную терапию препаратом «Альбендазол». Отличительным моментом в основной группе являлся, то что альбендазол давали по разработанной в клинике схеме (удостоверение на рац. предложение №942 в сочетании с метронидазолом, фуразолидоном и иммуностимуляторами): по 12 мг/кг 2 раза в день в дооперационном периоде, а в послеоперационном - начиная с 3-х суток - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней в сочетании с препаратом «ГепаМерц».

Результаты и обсуждение. В контрольной группе послеоперационные осложнения общего характера наблюдались у 3 (9,1%) больных; у 1 (3,0%) в виде бронхопневмонии, летальный исход наблюдали у 2 (6,1) больных: у 1 с печеночно-почечной недостаточностью, у 1 больного с тромбоэмболией легочной артерии. Послеоперационные осложнения связанные с методом операции диагностированы у 10 (30,3%) больных: нагноение остаточной полости - у 3 (9,1%) больных, нагноение раны - у 3 (9,1%), абсцесс печени - у 2 (6,1%) больного. При открытой ЭЭ желчный свищ отмечен - у 2 (6,1%) больных.

Послеоперационные осложнения общего характера в основной группе были диагностированы у 1 (3,2%) больного, т.е. снизились в 2 раза; 1 случае развился летальный исход, с острым инфарктом миокарда. Послеоперационные осложнения связанные с методом операции диагностированы у 4 (12,9%) больных: нагноение ОП диагностировано у 1 (3,2%) больного, что в 2,2 раза ниже, чем в контрольной группе, нагноение раны - у 2 (6,4%). Желчный свищ в послеоперационном периоде наблюдалось у 1 (3,2%) больного.

Заключение. Как свидетельствует наш опыт, комплексное использование лабораторных (общий анализ крови, групп крови) УЗИ и МРТ позволяют определить локализацию и размеры эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости, оценить состояние фиброзной капсулы, наличие и характер осложнений. Было выявлено, что у определенных лиц больных наибольшее предрасположенность к данной патологии с III -й группой крови. Химиотерапия диссеминированного эхинококкоза печени в до и послеоперационном периоде является одним из важных аспектов, а иногда единственным методом, способствующим в профилактике повторных рецидивов и диссеминаций.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ НЕИЗЛЕЧЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ИЛИ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Нуриддинов О.Т., Пакирдинов А.С., Абдурахимов Ш.Т., Суянов Д.М., Тургунов А.Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

В условиях плановой хирургии среди всех оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), 10-15 % составляют больные в прошлом перенесшие ушивание прободного отверстия дуоденальной язвы (ДЯ). Причинами повторных операций в таких случаях служат проявления основного, не устраненного во время первого оперированного вмешательства механизма патологического процесса, т.е. наличие «продолжающейся» язвенной болезни.

Несмотря на имеющиеся работы, посвященные повторным и реконструктивным операциям на желудке исследования, по данной проблеме незначительны, и не раскрывает целый ряд вопросов: каковы особенности клинического течения и симптоматология продолжающейся ЯБДПК после ушивания прободной язвы ДПК; какие из осложнений, а также клинические варианты язвы ДПК наиболее часто являются причинами повторных оперативных вмешательств; какое оперативное вмешательство наиболее оправдано у данного контингента больных; какие меры хирургической профилактики необходимо принять, чтобы уменьшить число повторных оперативных вмешательств?

За период с 1991 по 1999 годы на базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии АГМИ 259 больных при перфорации ДЯ перенесли паллиативные (ушивание или иссечение) операции.

Из 259 больных перенесших паллиативные операции при прободной ДЯ, повторно оперированы 118(45,6%). Эти 48 больных явились основным материалом нашей работы.

В процессе проведенной работы у исследуемых больных определены особенности клинического течения «продолжающейся» болезни: в 75,0 % случаях имелось частое обострение болезни (до 4 раза в год), в 64,3% больные неоправданно длительное время получали противоязвенное амбулаторное и стационарное лечение, в 19,6 % -не работали в связи с инвалидностью (сроком 2-6 лет). Вместо с тем определено, что наиболее частым осложнением явился пилородуоденальный стеноз различной степени выраженности-у 85,8% больных, а также следующие клинические варианты ДЯ: незажившая –у 47,8%, рецидив- у 29,5%, новая локализация –у 17,4% больных.

Нами также установлено, что функциональное состояние желудка обусловлено возникшими «новыми» условиями(перенесенные паллиативные операции) и проявляется двигательными расстройствами, а также нарушением

ощелачивающей функции отдела желудка. При этом, в 78,2 % случаев стеноз выходного отдела желудка находится в суб-и декомпенсированном состоянии.

Таким образом, установленные особенности клинического течения, симптоматологии, характера осложнений, вариантов язв ДПК, а также функционального состояния желудка и ДЯ позволили уточнить показания и выбор повторной операции. В результате проведенной работы частота послеоперационных осложнений связанных с вмешательством на желудке снизилось с 16,4 до 5,0 %, а послеоперационная летальность снижена с 4,9 до 2,2%.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛУДКА ПРИ ТРУДНЫХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Нуриддинов О.Т., Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Кучкаров Ж.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

При лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) хирурги нередко сталкиваются с техническими трудностями связанными с удалением дуоденальных язв (ДЯ). При этом отмечается высокая частота осложнений и летальности. Такие язвы исследователи именуют «трудноудаляемыми», «неудобными» или «трудными».

Мы «трудными» ДЯ считаем гигантские или каллѣзные язвы передней и или задней стенки луковицы (от пилоруса до сфинктера Капанаджи) и постбульбарного отдела ДПК (ниже сфинктера Капанаджи) сопровождающиеся выраженной в различной степени деформацией и воспалительным процессом при сочетании их осложнениями ЯБ.

С 1991 по 2000 годы в I хирургический отделении клиники АГМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных Из них «трудные» ДЯ, диагностированы у 151 (9,6%), которые и явились предметом настоящего исследования.

Для сопоставления особенностей клинического течения и функциональных параметров желудка мы провели ретроспективный анализ у 94 с неосложненным течением ЯБ (контрольная группа).

При «трудных» ДЯ определены особенности клинического течения болезни: соотношение мужчин и женщин с неосложненным течением заболевания составила 3:1, тогда как в исследуемой группе больных-10:1 соответственно: у больных ЯБДПК с неосложненным течением заболевания в 80:9% случаях длительность язвенного анамнеза не превышала 5 лет. Вместе с тем у больных с «трудными» ДЯ в 92,1% случаев составила 6 и более лет; у 7,9% больных с «трудными» ДЯ длительность язвенного анамнеза составила 5 лет. В отличие от больных с неосложненным течением ЯБДПК, болезнь имела непрерывно рецидивирующее течение с гиперсекреторным синдромом, имела выраженный болевой синдром, ДЯ длительное время (более 6 месяцев) не поддавалась комплексному противоязвенному лечению.

Вместе с тем у больных с «трудными» ДЯ двигательная функция желудка зависела в основном от степени пилородуоденального стеноза. Симптом «ниши» у подавляющего большинства больных определялся четко. Исследованием эвакуаторной функции желудка методом НРГТ установлено, что у больных с «трудными» ДЯ, наиболее отчетливо сокращается период полувыведения (в мин) и %-остаточной активности принятой пищи через 1 час (в %)- 21,87±00,6 и 21,37±00,5 соответственно.

Таким образом, при определении хирургической тактики у больных с «трудными» ДЯ важное значение имеет дальнейшая ее индивидуализация с учетом особенностей клинического течения и функциональных параметров желудка позволяющих улучшить результаты хирургического лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

*Нурмухамедова М.А., Ниязова М.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Стеноз позвоночной артерии (ПА) является состоянием, связанным нарушением проходимости сосуда, проявляющийся симптомами недостаточности мозгового кровообращения в области задней части головного мозга. Практически каждого человека подобная проблема может коснуться в любом возрасте, а без лечения у 25% больных вызовет инсульт. При стенозе ПА может развиваться тяжелый стволовой инсульт с летальностью более 80%. Наиболее распространенная причина нарушений кровообращения ПА является атеросклеротическая бляшка. Исходя из этого профилактика цереброваскулярного атеросклероза является одним из наиболее важных аспектов предотвращения стеноза ПА.

Цель исследования. Оценить эффективность применения статинов при симптоматическом стенозе ПА и в профилактике ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 30 пациентов в возрасте от 46 до 78 лет, из них 11 (36,7%) женщин и 19 (63,3%) мужчин. У 11 (36,7%) пациентов в анамнезе имелся ишемический инсульт, у 7 (23,3%) пациентов дисциркуляторная энцефалопатия I типа, у 12 (40%) пациентов в анамнезе наблюдались транзиторные ишемические атаки. Исследуемые были распределены на 2 группы. 1-группа 14 больных со стенозом ПА и 2-группа-16, контрольная. Больным 1 группы были назначены статины (розувастатин 40мг/сутки). У всех больных проводились неврологические исследования, доплерография сосудов, определение липидного спектра до и после лечения. Исследование проводилось в Центральной клинической больнице АО ЖДБ.

Результаты. Из 30 исследованных пациентов в неврологическом статусе было: у 1 (3%) больного - гемипарез, у 2 (6,7%) больных – монопарез, у 6 (20%) больных –гемианестезия, у 2 (6,7%) больных – патологические рефлексы, у 9 (30%) больных – гиперрефлексия, у 3 (10%) больных – повышение мышечного тонуса по спастическому типу и у 4 (13,3%) больных – снижение мышечного тонуса в различных отделах конечностей. Терапия статинами значительно уменьшила прогрессирование симптоматического стеноза ПА (8,2% против 26,8%) по сравнению с пациентами, не принимавшими статины. У 13 (43,3%) пациентов уменьшились приступы изолированного головокружения. У больных, принимавших

статины, была значительно более низкая частота рецидивов инсульта (13,6% против 33,7%) и сосудистых заболеваний (18,5% против 48,3%), чем у тех, кто не принимал статины.

Выводы. Исследование предполагает, что терапия статинами может предотвратить прогрессирование симптоматического стеноза ПА и снизить риск ишемического инсульта.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

*Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Эгамов С.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Несмотря на успехи современной хирургической гепатологии, в диагностике и хирургическом лечении ряда редких незлокачественных объемных образований печени (гемангиома, альвеококкоз, аспергиллез, аденома и др.) много сложных и далеко не решенных проблем. Частота очаговых поражений печени при скрининговом обследовании составляет 1,38 - 1,86%; при этом в 33,3% наблюдений встречаются кисты различного генеза, в 25,6% - доброкачественные опухоли, аспергиллез органов брюшной полости колеблется в пределах 1,6%, из них печень 50%, селезенка 50% и отличается высокой летальностью. Таким образом, углубленное изучение различных аспектов дифференциальной диагностики и лечения очаговых заболеваний печени все еще не утратило своей актуальности.

Цель исследования. Уточнение некоторых аспектов дифференциальной диагностики и комплексного лечения очаговых заболеваний печени путем изучения их клинических и морфологических проявлений.

Материалы и методы. Клиника АндГосМИ располагает опытом диагностики и лечения более 4-х тысяч пациентов, страдающих очаговыми заболеваниями печени в том числе: эхинококкоз, рецидивный эхинококкоз, альвеококкоз и их хирургические осложнения.

Нами проанализированы результаты лечения у 5 больных с альвеококкозом печени (АП) с его различными осложнениями на базе кафедры хирургии клиники АндГосМи в период с 2010-2018 годы. При этом из многотысячных операций, проведенных в нашей хирургической клинике на органах грудной клетки и брюшной полости на протяжении более 60 лет, наблюдали единственный случай аспергиллеза с локализацией в печени. Пациенты госпитализировались из разных регионов Ферганской долины, из них 3 больных с альвеококкозом поступили к нам после ранее проведенных неэффективных (пробных лапаротомий) операций.

Диагностическая программа включала в себя общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования, УЗИ органов брюшной полости с доплерографией сосудов, КТ, МРТ и диагностическая лапароскопия с биопсией.

При УЗИ у 2 больных была диагностирована узловатая форма альвеококкоза, характеризуется наличием образования повышенной эхогенности, равномерной эхоструктуры. У 2 больных диагностировано инфильтративная форма альвеококкоза, с визуализацией неправильной формы образования с равномерной, более высокой, чем ткань печени, с отсутствием четкой границы между узлом альвеококка и паренхимой печени.

У больного с аспергиллезом при УЗИ брюшной полости было установлено следующее, (при этом больная изначально на операцию подготавливалась с диагнозом эхинококкоз печени): печень увеличена в размерах на 1,5 см, эхоструктура однородная, мелкозернистая, эхогенность обычная. В левой доле печени в проекции II-III сегмента отмечается образование повышенной эхогенности размером 102x91x110 мм, с мелкими многокамерными включениями внутри образования, стенки образования 3-4 мм, в проекции VII-VIII сегмента под диафрагмой образование размером 56x52 мм, со стенкой 2-3 мм, с жидкостным содержанием.

Обращает на себя внимание факт, что при первичном обращении больных к врачам различных специальностей (хирурги, онкологи, фтизиатры) данный гельминтоз (АП), как правило, своевременно не выявляется. Диагнозы выставляются самые различные: опухоль печени, туберкулез, гемангиомы и другие. Диагностические затруднения возникли у одного больного с АП, которому после получения результатов исследований, учитывая данные объективного осмотра и результаты УЗИ и КТ поставлен «Опухоль печени с метастазированием и абсцедированием».

Для дифференциации паразитарной патологии, от онкологических заболеваний и других инфекционных патологий была проведена иммунологическая диагностика в иммунологической лаборатории ЦНИЛ АндГосМИ: реакция непрямой гемагглютинации (РНГА), иммуноферментного анализа (ИФА), основанная на выявлении антител (IgG) в сыворотке крови инвазированных, являющихся специфическими маркерами паразитарного заражения, что облегчало дифференциальный диагноз в пользу альвеококкоза. Учитывая данные объективного осмотра и результатов инструментальных данных, пациентке решено было выполнить пробную лапаротомию. При этом было отмечено, что развитие альвеококкового образования в области портальных ворот печени (сегменты 4, 5) приводит к сдавлению и прорастанию инфильтративного роста к элементам ворот печени с дилатацией внутрипеченочных протоков печени (расширение внепеченочных желчных протоков обеих долей печени, а также с вовлечением сосудов печени с расширением портальных вен. Взято биопсия из краев печени и образования. После получения результатов морфологического исследования операционного материала (№ 3355-59), была установлена паразитарная инвазия печени (альвеококкоз).

В послеоперационном периоде назначена антипаразитарная химиотерапия - альбендазол по 400 мг 2 раза в день, фуразолидон 0,05 мг по 1 таб х 3 раза в день, метронидазол по 250 мг в 2 раза в день, с гепатопротекторной терапией - Гепамерц по 10 мл на 0,9% растворе натрия хлора внутривенно, иммунологическая коррекция – иммуномодулин по 1,0, тималин по 1,0 внутримышечно. Больной было перелито порциями 900 мл одноименной крови и 1200 мл свежезамороженной плазмы, а также проведена общеукрепляющая и комплексная терапия.

Проведенная программа интенсивной антипаразитарной химиотерапии и терапии гепатопротекторами в комплексе с дезинтоксикационной и иммунологической терапией позволила у пациента, снизить по сравнению с исходными величинами уровень ферментемии, билирубинемии за счет обеих его фракций, уменьшить выраженность эндогенной интоксикации.

Больная ежегодно 2 раза получала лечение по протоколу и поддерживающую терапию в амбулаторных условиях. Обследование в динамике через 3 и 6 месяцев терапии выявило отсутствие увеличения размеров кист, что дает право

предполагать прекращение роста и инфильтрации паразита. При обследовании в отдаленном периоде через 5 лет отмечено, что альвеококкоз полностью не исчезает, однако прогресса заболевания не наблюдалось.

У одного больно с аспергиллезом в послеоперационном периоде после получения результатов патогистологического анализа, проведена антифунгальная терапия: Текназол по 100 мг перорально, Амфотерицин по 50000 мкг (ЕД) внутривенно. фуразолидон 0,05 мг по 1 таб х 3 раза в день, метронидазол по 250 мг в 2 раза в день, с гепатопротекторной терапией - Гептрал по 10 мл на 0,9% растворе натрия хлора внутривенно, иммунологическая коррекция – тималин по 1,0 внутримышечно.

Проведенная программа интенсивной антифунгальной и гепатопротекторной терапии в комплексе с дезинтоксикационной и иммунологической терапией позволила улучшить состояние больной. У больной наступило выздоровление. При обследовании в динамике через 3, 6 месяцев и через год рецидива заболевания не выявлено.

Выводы. Таким образом, рассматриваемое паразитарное и грибковое заболевание (альвеококкоз, аспергиллез) ставят перед врачом различных специальностей немало проблем: трудности ранней диагностики, связанные с отсутствием характерной клинической картины, а наличием на ранних этапах паразитарного процесса только общетоксических симптомов, а также имеющегося иммунодефицита. В связи с этим консервативное и хирургическое лечение альвеококкоза и аспергиллеза должно дополнять друг друга и требуют индивидуального подхода. Только патоморфологические исследования операционного материала дало установить окончательный диагноз.

РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Пакирдинов А.С., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Ахмедова Ш.Т., Сайфутдинова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Классическая резекция 2/3 желудка надежно излечивая больного от основного заболевания, язвенной болезни, таит в себе опасность развития пострезекционных синдромов и тяжелых функциональных расстройств, которые развиваются у 20-40% и более оперированных больных (Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. 1971, Калиш Ю.И. 1984, Голдин В.И.1990) В связи с этим, основываясь на результаты экспериментальных исследований по изучению ангиоархитектоники и микроциркуляторное русло стенки желудка, в норме (10) и в условиях нарушенного кровообращения (СПВ) (33) на 43 беспородных собаках и клинических наблюдений за 144 оперированными больными по поводу постваготомных язв, (Джумабаев С.У., Мехманов А.1991,1997, Мехманов А.2002) нами применяется способ резекции 1/2 желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией (А.С. 0433/ДФ. от 17.02.02) для хирургического лечения гастродуоденальных язв (Хаджибаев А.М., Мехманов А.М. 2005,2006).

Теоретической предпосылкой предлагаемого способа резекция желудка является следующее:

- Благодаря конструктивным особенностям формирования желудочной культи, его форма приближается к более естественной форме желудка, сохраняется достаточная резервуарная функция и возможности формирования прямого гастродуоденоанастомоза. Уменьшается вероятность возникновения пострезекционных синдромов.

- доступность удаления язвы, расположенной на малой кривизне желудка и возможность иссечения всей ulcerогенной зоны с ее слаборазвитой сосудистой системой, не увеличивая объема резекции желудка.

- возможность адекватного снижения желудочного кислотообразования в результате хирургического воздействия на обе фазы желудочной секреции путем селективной желудочной ваготомии и антрумэктомии.

- вновь созданный пилорический канал из стенок большой кривизны предупреждает «провал» содержимого культи желудка в отводящую петлю, обеспечивая замедления эвакуации. Клиническая часть материала основана на результатах обследования и хирургического лечения 262 больных с гастродуоденальными язвами за последние 20 лет.

Умерло 5 (1,9%) больных. В отдаленном периоде у 238 больных получены отличные и хорошие результаты. Трудоспособность восстановлена у 91 % человек.

ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

*Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Ахмедова Ш.Т., Сайфутдинова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Нередко у женщин детородного возраста с острым гинекологическим заболеванием (острый сальпингит, сальпингоофарит, аднексит, эндометрит, параметрит, перекрути кистей яичника, пельвиоперитонит) сочетаются с острым аппендицитом. В связи, с чем подвергаются экстренной операции-аппендэктомии. Исход послеоперационного периода зависит не только от качества произведенной операции аппендэктомии, но так же и от течения и вовлечения в воспалительный процесс органов гениталий. Для решения этого вопроса имеет большое значения выбор региона антибактериальной терапии с целью улучшения дренажной и детоксикационной функции регионарной лимфатической системы илеоцекального угла и органов малого таза.

Проводимая антибактериальная терапия, в комплексе консервативной терапии в после операционном периоде, осуществляется введением традиционным путём (в/в, в/м, в/п), либо лимфотропно. Известно, что при воспалительных заболеваниях органов гениталий лимфотропное введение антибиотиков осуществляется в области ноги: через межпальцевое пространство, голени, бедро, паховой складки, а также через круглую связку матки и в правую подвздошную ямку (распределение № 1925 24.03.2007г. Хайдаров М.М., Хакимов В.А. и соавт.), с учетом анатомической и физиологической взаимосвязи лимфатических сетей илеоцекального угла, органов гениталий и

подвздошной ямки (Б.В Огнев 1936г, Д.А. Жданов 1952г, Ю.Е. Выренков 1967г, М.Р.Сапин, Э.И.Борзяк.1982г, С.У. Джумабоев 1988-1990г).

Лимфотропная антибактериальная терапия проводилась через правую подвздошную ямку один раз в сутки в течение 3-5 дней.

В качестве лимфостимулятора мы использовали гепарин, лазикс; антибиотик широкого спектра действия, в разовой дозе, которые вводились, разведёнными в тёплом 0.5%-30мл растворе новокаина. Накладывался полуспиртовый компресс на место инъекции на два часа.

После манипуляции в течение часа рекомендован постельный режим. Под нашим наблюдением находилось 32 женщины детородного возраста, перенесшие операцию аппендэктомии в сочетании с патологией органов гениталий (так сальпингоофорит -7, перекрут кисты яичника -5, апоплексия яичника-13, трубная беременность -3, эндометрит, пельвиоперитонит-4). У больных с апоплексией и перекрутом кисты яичника и трубной беременностью были произведены соответствующие симультантные операции.

Из наблюдаемых нами 10-х больных, антибактериальная терапия проводилась традиционным методом (контрольная группа). У 22-х-антибиотики вводились лимфотропно по выше указанной нами методике (основная группа). Сопоставление основной и контрольной групп показало, что в основной группе больных имело место более раннее восстановление функции кишечного тракта, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела, уменьшение выделяемого из влагалища, сокращение пребывания больного на койке в среднем на - 1,5 дня.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

Парманкулова Ю.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хирургическое лечение глаукомы - одна из наиболее актуальных проблем офтальмохирургии. К сожалению, до настоящего времени отсутствуют четкие показания для данного вида лечения, а относительно высокий риск возникновения интра- и послеоперационных осложнений, приводящих, как правило, к снижению зрения, значительно снижает его привлекательность и среди пациентов, и среди офтальмохирургов. Это приводит к тому, что среди больных, перенесших антиглаукоматозные операции, «львиную» долю составляют пациенты с продвинутыми стадиями болезни. Определенные категории больных глаукомой, нуждающихся в хирургическом лечении, требуют особого пристального внимания.

Цель исследования. Оценка эффективности современных методов оперативного лечения пациентов с открытоугольной глаукомой.

Материалы и методы. Были обследованы две группы больных первичной глаукомой. Первую группу составили 1 773 больных первичной глаукомой (2 106 глаз). Начальная стадия глаукомы была отмечена в 65% случаях, развитая – в 19% и далеко зашедшая – в 16% случаях.

Результаты исследования. Одним из обязательных методов исследования глаза является ультразвуковая офтальмобиометрия. С помощью данного метода проводится измерение анатомических параметров глазного яблока: глубины передней камеры, толщины хрусталика, переднезаднего размера.

С целью ранней диагностики первичной закрытоугольной глаукомы применяется скрининговый тест 2: по данным ультразвуковой офтальмобиометрии вычисляется офтальмобиометрический фактор (ОБФ) по формуле: $ОБФ = (ТХр / ГПК \cdot ПЗО) \cdot 100$ где ТХр – толщина хрусталика, ГПК – глубина передней камеры глаза, ПЗО – переднезадний размер глазного яблока.

Критический уровень ОБФ при прогнозировании ПЗУГ – свыше 7,0. Пациенты, имеющие критический уровень ОБФ, направляются в ООЛГ на дальнейшее комплексное диагностическое обследование. Проведенные исследования на 1 306 глазах больных ПЗУГ показали высокую чувствительность метода – 91,3%, а специфичность его составила 78,7%. У здоровых лиц (3 534 глаза) значение ОБФ не превышало 7,0 [16]. У всех пациентов проводится компьютерная статическая периметрия. Чувствительность метода в ранней диагностике глаукомы составила 83%.

Одним из главных факторов риска развития и прогрессирования глаукомы остается повышенное внутриглазное давление. Чувствительность тонометрии в ранней диагностике первичной глаукомы с позиции верхней границы среднестатистической нормы у больных с начальной стадией глаукомы (1369 глаз) оказалась низкой – 55% (753 глаза). У 45% пациентов (616 глаз) офтальмотонус находился в пределах нормальных значений.

Выводы. Применение расширенного набора современных методов ранней диагностики первичной глаукомы позволило при первичном обращении пациента выявить начальную стадию первичной глаукомы с чувствительностью 99%.

Определение толерантного ВГД имеет клиническое значение для оценки прогноза динамики зрительных функций, позволяет обоснованно и своевременно оказывать медицинскую помощь больным первичной глаукомой.

Применение современных организационных и медицинских технологий повышают эффективность ранней диагностики и лечения больных первичной глаукомой.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ И КАТАРАКТЫ

Парманкулова Ю.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время известно 3 основных подхода к проблеме хирургического лечения больных с сочетанием катаракты и первичной глаукомы: 1) только экстракция катаракты (ЭК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ); 2) комбинированное одномоментное вмешательство с имплантацией ИОЛ («тройная процедура»); 3) двухэтапное лечение. Только экстракция катаракты без антиглаукомного вмешательства, популяризируемая рядом зарубежных авторов, возможна лишь при наличии у больного нормализованного внутриглазного давления (ВГД) при минимальном использовании лекарств, а также отсутствии выраженных изменений поля зрения и диска зрительного нерва. Особенно выражен гипотензивный эффект одной ЭК у больных с закрытоугольной глаукомой и псевдоэксфолиативным синдромом.

Цель исследования. Оценка эффективности современных методов оперативного лечения пациентов с сочетанием катаракты открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы. В основу данного открытого проспективного исследования легли результаты обследования и хирургического лечения пациентов с сочетанием катаракты и различных стадий открытоугольной глаукомы (200 глаз).

Результаты исследования. В зависимости от типа хирургического вмешательства больные были разделены на три группы. В 1-ю группу вошел 81 пациент (100 глаз) с сочетанием катаракты и стабилизированной медикаментозным лечением глаукомы, которым была выполнена только фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы. Во 2-ю группу вошло 44 пациента (50 глаз) с сочетанием катаракты и открытоугольной глаукомы, которым была выполнена фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы и синусотомия с вискоканалодилатацией. 3-я группа представлена 44 больными (50 глаз) с сочетанием катаракты и глаукомы, которым была выполнена факотрабекулэктомия. У большинства больных были развитая и далекозашедшая стадии глаукомы (81%). Также у большинства больных (71,5%) отмечено наличие псевдоэксфолиативного синдрома.

Установлено, что факотрабекулэктомия и фактоэмульсификация с вискоканалодилатацией обладают выраженным гипотензивным эффектом и приводят к существенному улучшению зрительных функций у больных с сочетанием катаракты и глаукомы независимо от стадии глаукомы и наличия псевдоэксфолиативного синдрома. При этом фактоэмульсификация с синусотомией и вискоканалодилатацией обеспечивает более раннее восстановление остроты зрения при меньшем количестве ранних послеоперационных осложнений в сравнении с факотрабекулэктомией, а гипотензивный эффект сопоставим с факотрабекулэктомией после дополнительной лазерной гониопунктуры, выполнение которой в послеоперационном периоде потребовалось в 58% случаев.

Выводы. Фактоэмульсификация у больных с сочетанием катаракты и глаукомы, как меньшее по объему вмешательство, сопровождается наименьшим количеством осложнений, однако гипотензивный эффект может быть обеспечен только при условии продолжения в послеоперационном периоде медикаментозной терапии глаукомы.

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И СОПР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Пулатов Н.Х. Тешабоев М.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Больные с осложненным соматическим статусом нуждаются в особом подходе при диагностике, планировании стоматологического лечения, его проведении и последующем наблюдении. Объективная оценка системных патологических процессов и состояния полости рта позволяет принять адекватные меры по санации полости рта у этих больных.

Цель: оценка состояния пародонта и СОПР и выявление клинико-морфологических взаимосвязей состояния пародонта и почек при комплексном лечении больных с пролиферативными формами хронического гломерулонефрита, в том числе на стадиях хронической почечной недостаточности.

Материалы и методы исследования: Материалами исследования явились результаты обследования 48 больных ХГН и 15 человек с заболеваниями пародонта без выявленной соматической патологии. Из 48 больных основной группы у 34 верифицирован мембранознопролиферативный гломерулонефрит, а у 14 – мезангиопролиферативный. Из всей выборки с пролиферативными формами ХГН исход у ХПН был диагностирован у 31 больного: у 4 – ХПН Iб, у 5 – Па, у 14 – ХПН IIб и у 5 – ХПН IIIа степени. У 3 пациентов ХПН не диагностирована. Распределение больных по степеням ХПН проводилось в соответствии с классификацией С.И. Рябова и Б.Б. Бондаренко (1975).

Клиническое обследование заключалось в изучении соматического и стоматологического статуса, оценке состояния твердых тканей и пародонта по индексам КПУ, CPITN, PI.

Результаты и их обсуждение: В ходе исследования установлено, что у всех 63 обследованных больных диагностированы заболевания пародонта различной степени тяжести.

Обнаружены существенные различия в состоянии полости рта у больных контрольной и основной групп. Хронический гингивит выявлен в 5,9% случаев у больных с верифицированным диагнозом хронического гломерулонефрита. В контрольной группе гингивит не обнаружен. Пародонтит легкой степени отмечен в 26,5% наблюдений у больных основной группы, в то время как в контрольной группе он диагностирован в 16,0% случаев. Пародонтит средней степени тяжести наиболее характерен для больных контрольной группы и выявлен в 48% случаев, в основной группе – в 26,5% наблюдений. Пародонтит тяжелой степени диагностирован в 36,0% наблюдений в контрольной группе и в 7,3% случаев у больных с патологией почек ($\chi^2=0,41$; $p>0,10$)

В 33,8% случаев у больных основной группы диагностирован пародонтоз. Зубодесневые карманы при этом не зондируются. Характерны некариозные поражения. Зубы устойчивы. На рентгенограммах обнаруживается непрерывность кортикальных пластинок, костные карманы отсутствуют, уровень костной ткани снижен равномерно. В контрольной группе диагностированы только воспалительные поражения пародонта.

Выводы: 1. На материале 63 клинических наблюдений установлено, что нарастающие метаболические нарушения и иммунодефицит у больных с прогрессирующим хроническим гломерулонефритом определяют тактику стоматологической помощи, которая должна обеспечивать профилактику системных воспалительных реакций, вызываемых очагами хронической инфекции в полости рта.

2. Структурно-функциональные изменения в тканях пародонта по мере прогрессирования хронического гломерулонефрита имеют дистрофическую направленность и сопровождаются явлениями вазоконстрикции микроциркуляторного русла и склерозированием тканей. В 33,8% случаев у больных хроническим гломерулонефритом диагностируется пародонтоз, в отличие от показателей больных контрольной группы ($\chi^2=20,69$; $p<0,001$).

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Пулатов Н.Х. Тешибоев М.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: В настоящее время большинство пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, страдает различными формами заболеваний пародонта.

Цель: Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования: При изучении пародонтологического статуса пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику по причинам, не связанным с жалобами на состояние пародонта, было обследовано 100 человек.

Результаты и их обсуждение: Обследование показало, что уровень гигиены пациентов можно оценить как низкий. Так, значение индекса ИГР-У лишь у 1 пациента был равен 1, у 44 пациентов он колебался от 1,3 до 3,0; более же чем у половины пациентов (55 человек) превысил 6,0. При этом с увеличением возраста пациентов данное положение ухудшается; в возрасте до 30 лет лишь у 11 из 22 пациентов данный индекс превысил 1,3; в возрасте старше 60 лет – 10 пациентов, т.е. у всех обследованных в этой группе. Было установлено, что более высокой была оценка уровня гигиены женщин: число пациентов с индексом гигиены более 1,3 соответственно составил 47 и 31.

Важно отметить, что у 17 осмотренных пациентов индекс РМА превышал 68%, что свидетельствует об интенсивности и распространенности воспалительной реакции пародонта. С увеличением возраста пациентов увеличивается как число пациентов с наличием воспалительных изменений пародонта (с 20 пациентов в возрасте до 30 лет до более 68 пациентов в возрасте старше 40 лет), так и тяжесть гингивита.

У большинства 76 обследованных пациентов имела место кровоточивость десен, в т.ч. у 43 пациентов незначительная; у 31 – умеренная; у 2-х – выраженная. Если среди мужчин кровоточивость десен имела место у 43 пациентов, то среди женщин – у 33-х. Следовательно, на наличие и выраженность явлений кровоточивости десен влияет состояние гигиены полости рта.

Следует отметить также взаимосвязь выраженности кровоточивости десен и степени патологических изменений пародонта. Так, при незначительных изменениях пародонта кровоточивость десен имела место у 74 пациентах и ни у кого из них она не была значительно выраженной. В случае же наиболее тяжелых изменений кровоточивость отмечалась у всех больных, в т.ч. у двоих из них она была значительной.

Выводы: Из вышесказанного следует, что среди пациентов с патологией пародонта преобладают мужчины трудоспособного возраста; служащие и рабочие. Более чем у половины больных имеется хроническая соматическая патология (в т.ч., у каждого пятого – органов пищеварения). Уровень медицинской грамотности и медицинской активности пациентов невысок: значительная их часть не умеет правильно чистить зубы и не пользуется никакими средствами гигиены полости рта, кроме зубной пасты и щетки (которую в большинстве случаев меняет по мере износа), редко посещает врача-стоматолога (только в единичных случаях – с целью осмотра).

Указанная совокупность пациентов нуждается в постоянном обследовании и комплексном лечении (включая санацию полости рта, протезирование, проведение профессиональной гигиены полости рта и, собственно, лечение у врача-пародонтолога). Большинство больных нуждается в проведении противовоспалительной терапии, рентгенологическом обследовании, тех или иных хирургических вмешательствах и чуть менее половины – в физиотерапевтическом лечении.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТИПИЧЕСКОЙ И АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ МЕНИНГИОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Расулов Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Менингиомы - это медленно растущие, в большинстве своём доброкачественные опухоли, возникающие из арахноэпителиальных отщеплений твёрдой мозговой оболочки. У взрослого населения менингиомы наблюдаются в 18-34 % случаев всех внутричерепных новообразований, уверенно занимая 2-е место среди всех опухолей головного мозга и уступая лишь глиомам. Заболеваемость составляет 4-6 на 100 тыс. населения. Чаще всего менингиомы возникают на 4-6-м десятилетии жизни. Частота их встречаемости значительно выше у женщин, особенно среди лиц среднего возраста.

Возникновению менингиом способствует ряд факторов. Они часто развиваются у больных нейрофиброматозом типа 2. Кроме того, имеются данные о семьях с повышенной склонностью к образованию менингиом, не страдающих нейрофиброматозом. Возникновение менингиом связывают с воздействием ионизирующего излучения, гормонального дисбаланса, травм, магнитного поля

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с атипическими и злокачественными внутричерепными менингиомами на основе изучения их клинико-морфологических критериев, особенностей диагностики, хирургического и комбинированного лечения, а также разработка научно обоснованных рекомендаций по улучшению результатов комплексной терапии этих опухолей.

Материалы и методы исследования. Материалом для проведения исследования послужил 271 больной с опухолями оболочек головного мозга и признаками атипии и анаплазии старше 18 лет, оперированные в АОДТБ с 2018 по 2020 гг. включительно. В 229 (22,2%) наблюдениях установлен диагноз атипическая и в 42 (4,1%) - анапластическая менингиома, суммарный объем их составил 26,3%, т.е. более V* всех внутричерепных менингиом.

Результаты исследования. Атипические и анапластические менингиомы составляют 26,3% (22,2% и 4,1% соответственно) от общего числа внутричерепных менингиом. В отличие от доброкачественных менингиом, с ростом атипии/анаплазии заметно увеличивается количество супратенториальных образований ($p < 0,001$), при этом более трети из них составляют менингиомы парасагитальной локализации (37,5% Grade II и 40,6% Grade III). Отмечено увеличение больных с множественными опухолями, особенно с признаками анаплазии (11,9%).

Значительное количество больных (24,0% Grade II и 45,2% Grade III), поступило в нейрохирургические стационары с менингиомами гигантских размеров, что свидетельствует о неудовлетворительном уровне диагностики внутричерепных менингиом на догоспитальном этапе.

Внутричерепные менингиомы часто сопровождаются инвазивным характером роста в окружающие анатомические структуры (69,2%), что является основным фактором, ограничивающим радикальность оперативного вмешательства и увеличивающим частоту рецидивирования. Морфологические, в том числе, иммуногистохимические исследования показали, что локальная инвазия в окружающие ткани не является признаком злокачественности менингиомы.

Оценить биологическую агрессивность атипических и анапластических менингиом позволяет исследование иммуногистохимических показателей (Ki-67, p53, bcl-2 и EMA), экспрессия которых помогает спрогнозировать течение заболевания, возможность рецидивирования и важность проведения комплексной терапии. Сочетание высоких индексов bcl-2 и p53 является маркером злокачественной прогрессии опухоли в будущем, а их комбинация с высоким Ki-67/MIB-1 свидетельствует об устойчивости к лучевой и химиотерапии ($p = 0,009$).

Проведение анализа данных исследования установило наличие факторов, влияющих на рецидивирование менингиом: пол и возраст пациента, локализация матрикса, гистологическая структура опухоли, иммуногистохимические показатели, степень резекции опухоли, а также применение адьювантной терапии ($p < 0,01$). Облучение небольших участков оставшейся опухолевой ткани снижало частоту рецидивов в 1,9 раза ($p = 0,004$).

Выводы. Таким образом, для менингиом присущ большой спектр морфологических характеристик, которые определяют в конечном итоге тип и степень злокачественности данной группы опухолей головного мозга. Особую сложность при исследовании представляют анапластические менингиомы. Данный тип опухолей имеет ряд сходств с мягкоткаными злокачественными новообразованиями (рак, саркома, меланома) и отличить их друг от друга без иммуногистохимии не представляется возможным. В настоящее время иммуногистохимический метод продолжает активно развиваться, заняв прочное место в ряду диагностических методов в онкологии.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ МЕНИНГИОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА С ИНТРА-, ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ

Расулов Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Менингиомы - это медленно растущие, в большинстве своем доброкачественные опухоли, возникающие из арахноид-эндотелиальных отщеплений твердой мозговой оболочки. Менингиомы составляют примерно 20% всех внутричерепных опухолей.

Несоответствие между доброкачественной гистологией инвазивных менингиом и их агрессивным биологическим поведением предполагает наличие молекулярных механизмов, лежащих в основе этого феномена. В инфильтративных менингиомах были выявлены изменения в регуляции белков внеклеточного матрикса, усиливающие инвазивные свойства клеток, включая гиперэкспрессию матриксных металлопротеиназ 2 и 9, катепсинов В и L, SPARC (secreted protein, acidic, cysteine-rich), тенасина и стромелизина 3. При помощи новой технологии матриксной сравнительной геномной гибридизации (СГГ) (или матриксной СГГ), одновременно может исследоваться статус сотен и даже тысяч геномных мишеней. Метод позволяет выявить нарушение баланса отдельных хромосомных фрагментов.

Понимание характера роста опухоли дает возможность адекватно спланировать операцию. Определение инвазии мозга, твердой мозговой оболочки, кости, мышц, нервов и слизистой оболочки требует тщательной гистологической оценки.

Открытым остается вопрос об объеме необходимой резекции костей основания черепа в зависимости от распространенности этих новообразований. Отсутствует единое мнение об оптимальных методах пластики дефектов основания черепа после удаления инфильтративных менингиом.

Таким образом, проблема инфильтративных менингиом связывается с изучением молекулярной онкобиологии в сопоставлении с патоморфологическими и клиническими данными и разработкой на этом основании дополнительных методов лечения.

Подытоживая вышеизложенное, полная клинико-морфологическая характеристика инфильтративных менингиом основания черепа с интра-, экстракраниальным распространением является актуальной для современной нейрохирургии.

Особенность исследования заключается в совместной работе нейрохирурга, рентгенолога, невролога, морфолога, радиолога. Благоприятный результат лечения возможен только при совместном обсуждении и выработке единой тактики.

Цель исследования. Установить клинко-морфологические критерии инфильтративных менингиом основания черепа на основании результатов молекулярной онкобиологии в сопоставлении с патоморфологическими и клиническими данными для улучшения результатов хирургического лечения этих опухолей.

Материалы и методы исследования. В работе анализируется 170 больных с опухолями передних и средних отделов основания черепа с интра- и экстракраниальным распространением. Пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу (29 наблюдений) составили больные с менингиомами передней черепной ямки, бугорка турецкого седла и площадки основной кости с распространением в решетчатую кость, зрительные каналы, орбиты, полость носа. Вторую — пациенты с менингиомами крыльев основной кости, с преимущественным распространением в подвисочную ямку (55 наблюдений) и поражением крылонебной ямки, орбиты, ВГЩ, НГЩ, основной пазухи. В третьей группе пациентов с менингиомами крыльев основной кости с преимущественным распространением в орбиту (86 наблюдений) опухоль поражала наклонный отросток, ВГЩ, НГЩ, зрительный канал.

Результаты исследования. В нашей работе мы сгруппировали пациентов с инфильтративными менингиомами передних и средних отделов основания черепа по принципу анатомического расположения зоны исходного роста опухоли и её распространения. В соответствии с этим все пациенты были разделены на три большие группы. В зависимости от преимущественного направления роста в каждой группе больные разделены на подгруппы. Четко определить локализацию и преимущественное распространение опухоли позволяет компьютерная и магнитная томографии. Приведенная ниже классификация основана на клинко-рентгенологическом сопоставлении. Каждый тип опухоли имеет особенности клиники, диагностики и хирургической тактики.

Средний индекс мечения Ki-67 не различался в инвазивных менингиомах (6,1%) по сравнению с неинвазивными менингиомами (5,9%) (точный критерий Фишера, $p = 0.4$). Таким образом, пролиферативные маркеры не дали решающей информации для определения биологического поведения доброкачественных менингиом.

Частота 24 повторных ГА (6 потерь и 18 добавок), встречающихся в более чем 50% исследованных опухолей, была относительно сходной в обеих подгруппах менингиом. Необходимо отметить, что все исследованные опухоли имели геномные делеции в области 22q, с наиболее частой делецией клона GSCL, за ним следовали клоны TBX1 и ВСЯ.

Настоящее исследование позволило выявить значительные цитогенетические различия между инвазивными и неинвазивными менингиомами. Среднее количество ГА было значительно выше в инвазивных опухолях - 35 ГА (16 потерь и 19 добавок). Это позволяет предположить, что возникновение большого числа генетических aberrаций составляет молекулярную основу для агрессивного роста гистологически доброкачественных менингиом.

Среди инвазивных менингиом мы обнаружили преобладание геномных добавок, включающих в себя гены, вовлеченные в активацию транскрипции РНК клеточного цикла и митоза (TIF1, E2F5, PAK1, WNT1, TOP1) а также вирусные онкогены (REL, MOS), факторы роста (FGFR1, ERBB2), и компоненты внеклеточного матрикса (ELN, LAMA3). Среди генетических маркеров ДНК, MEN1, по всей видимости, является перспективным геном супрессором.

Инвазивные менингиомы обнаруживали частые делеции на хромосомах 1p, 6q, 9q, 14q и добавки на хромосомах 15q и 20. Таким образом, наличие в доброкачественной менингиоме множественных цитогенетических aberrаций, сопровождающихся добавлением онкогенов и делеций локусов генов супрессоров, ассоциируется с их возрастающим инвазивным потенциалом.

Выводы. Полученные данные дают наиболее полное представление об анатомо-топографических вариантах инфильтративных менингиом основания черепа. Это позволяет улучшить диагностику и выработать оптимальную тактику лечения этих новообразований.

Разработана и внедрена в практику методика интраоперационной идентификации глазодвигательных нервов при удалении инфильтративных менингиом основания, распространяющихся в кавернозный синус

Внедрена в клиническую практику методика послеоперационного ведения больных с инфильтративными менингиомами основания черепа, распространяющимися экстракраниально.

Выявлены характерные нейровизуализационные, интраоперационные, морфологические, молекулярно-биологические критерии инфильтративных менингиом. Эти критерии влияют на хирургическую тактику и рекомендации для дальнейшей радиотерапии.

ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА СЎРОВНОМА ЎТКАЗИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Расулов Ш.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Эхинококкоз энг кўп учровчи, хавфли паразитар касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади ва жарроҳлик амалиётида кўп учрайди, турли хил клиник кўринишлар билан намоён бўлади. Сўнгги вақтларда инсон организмнинг ҳар қандай орган ва тўқималарида эхинококкоз кисталарнинг ривожланиши мумкинлиги тўғрисида гувоҳлик берувчи етарли миқдордаги кўп сонли кузатувлар тўпланган. Энг кўп (70-85%) жигар эхинококкози, камроқ (15-25%)-ўпка эхинококкози, 3-5% бошқа органларнинг паразитар зарарланиши кузатилади.

Эхинококкоз узок сурункали кечиши, оғир ва кенг қамровли органлар ва тизимларнинг бузилишлари билан характерланиб, кўп ҳолларда беморларни ногиронликка ва баъзи ҳолларда ҳатто беморни нобуд бўлишига олиб келувчи касаллик бўлиб ҳисобланади. Эхинококкозни даволаш кўпинча жуда мураккаб бўлиб, ялпи жарроҳлик аралашувини ва узок давом этувчи соматик даволашни талаб этади.

Эхинококкоз касаллигининг кўзгатувчиси *Echinococcus granulosus* лентасимон гельминти ҳисобланади. Инсонларни ушбу кўзгатувчи билан зарарланиши ифлосланган тупроқ, сув, кўкатлар ва озик овқат маҳсулотлари билан паразит тухумларини ютиши ёки паразит хўжайини бўлган ҳайвонлар билан мулоқатда бўлганда бевосита юкиши орқали юзага келади.

Ўзбекистон Республикаси эхинококкозга нисбатан эндемик ҳудудга таълуқлидир. Зарарланиш даражаси ҳар 100 000 аҳолига 6-9 кишини ташкил этади. Эхинококкоз сабабли йилда ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлари сони 1000 дан 1500 гачани ташкил этади.

Эхинококкоз бўйича эпидемиологик вазиятни яхшилашда асосий ролни кенг қамровли профилактик чора-тадбирлар эгаллайди. Кўпгина давлатларда қорамол ва итларни санация қилишга асосланган профилактик дастурлар қабул қилинган, бу эса шубҳасиз ижобий силжишларга олиб келади. Эхинококкоз касаллиги кўпроқ, уй ҳайвонлари билан мулоқатда бўлувчиларга, шу жумладан чўпонларга, сут соғувчиларга, мол боқувчиларга, фермерларга, ит боқувчиларга кўпроқ юққанлиги аниқланди.

Тадқиқотнинг мақсади. Эхинококкоз ҳақида аҳолига тушунтириш ишлари олиб бориш ва касалликнинг олдини олиш чора-тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Сўровнома Тошкент тиббиёт академияси Эпидемиология кафедраси таянч докторанти Ш.М.Расулов томонидан тузилди ва 2018 йил 350 нафар Қашқадарё вилояти аҳолисида ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Эхинококкозга қарши ўтказилаётган чора-тадбирлар маълум даражада ўз самарадорлигини намоён этаётган бўлса ҳам уни етарли даражада деб бўлмайди. Бундай ҳолатни Республикамиз ва Қашқадарё вилояти аҳолиси орасида касалликнинг йилдан йилга турғун ҳолатда қайд этиб турилганлиги, унинг аксарият ҳолларда сурункали тус олиши ва нохуш асоратларга, ногиронликка олиб келмоқда.

Аҳоли орасида эхинококкоз касаллиги тўғрисида сўровнома ўтказиш орқали касалланишнинг камайиши имкони борлиги исботланди.

Сўровномага аҳолининг эхинококкоз касаллиги тўғрисида, унинг юкиш йўллари ва олдини олиш чора-тадбирлари ҳақида қуйидаги саволлар киритилди:

Хонадон шароити ва уй ҳайвонлари. Аҳолини яшаш шароити, ҳайвонлар билан мулоқотини аниқлаш учун. Ичимлик сув билан таъминоти, хонадон чиқиндиларини йўқотиш тартиби, ҳовлида етиштирилаётган мева ва сабзавотлар, уйда, қўшнларда боқиладиган ва сақланадиган ҳайвонлар, уй атрофидаги ҳайвонлари ва уларнинг ветеринария ходимлари томонидан назорат қилиниши тўғрисидаги саволлар эхинококкоз касаллигининг тарқалиш йўллари, омиллари ва унда уй ҳайвонларининг аҳамиятини ўрганади.

Эхинококкоз касаллиги ҳақида маълумотлар. Эхинококкоз касаллиги тўғрисида, қайси турдаги касалликларга кириши, касалликнинг белгилари, касаллик қайси ҳайвонлардан юкиши, кўзгатувчининг охириги (асосий) хўжайинлари (қайси ҳайвонларда яшаганда тухум қўяди), оралик хўжайинлари тўғрисидаги саволлар аҳолининг эхинококкоз касаллиги тўғрисида қанчалик маълумотга эга эканлигини билдиради.

Эхинококкоз касаллигининг юкиш йўллари ва ташхисоти. Эхинококкоз касаллиги нималардан юкиши, касалликнинг тарқалишида итларнинг ўрни, касалликка эрта ташхис қўйиш учун қандай текширувлардан ўтиш лозим, касалланиб тузалгандан сўнг қандай асоратлар қолиши тўғрисидаги саволлар мавжуд.

Эхинококкоз касаллигининг профилактикаси тўғрисидаги саволлар, касаллик юкмаслиги учун ҳайвонлар билан мулоқотда бўлганда, далаларда ишлаганда, очик сув манбаларидан ичимлик суви сифатида фойдаланмаслик қоидаларини, итларни қорамоллар ва қўйларнинг эхинококк билан зарарланган аъзолари билан боқмаслик лозимлигини билдиради.

Эхинококкоз билан курашишда халқнинг санитария онгини ошириш муҳим аҳамиятга эга. Бунда аҳолига итлар билан эҳтиёт бўлиб алоқада бўлиш, болаларни итлар билан ўйнашларига йўл қўймаслик, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишни тушунтириш лозим.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НИХ ФАКТОРЫ.

*Рахматиллаев Т.Б., Гусинский А.В., Шломин В.В.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России.
СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2».*

Введение. До настоящего времени результаты хирургического лечения атеросклеротических поражений артерий аорто-бедренного сегмента (АБС) хорошо изучены на сроках до 5-7 лет. Судьба пациентов на более поздних сроках описаны лишь в единичных наблюдениях.

С начала 2000-х годов значительно улучшилось качество диспансерного наблюдения, в т.ч. ангиологической, кардиологической, кардиохирургической и онкологической специализированной помощи. Это позволило своевременно выявлять и корригировать осложнения атеросклероза и сопутствующих заболеваний, тем самым увеличивая продолжительность жизни оперированных на АБС пациентов.

Цель. Изучение преимуществ и недостатков того или иного способа открытого хирургического лечения атеросклеротического поражения АБС на сроках более 5 лет.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов лечения 548 пациентов, которым были выполнены открытые односторонние или двухсторонние реконструкции АБС. Пациенты разделены на две группы. В первую группу вошли 293 пациента, которым выполнена петлевая эндартерэктомия (ПЭАЭ) АБС, во вторую – 255 пациентов после аорто-бедренной реконструкции (АБР) с использованием синтетического протеза. Все пациенты оперированы на фоне критической ишемии нижних конечностей. Причем, при выполнении двухсторонней реконструкции оценивались отдаленные результаты только той конечности, которая исходно находилась в состоянии критической ишемии. Критерии включения в исследование: гемодинамически значимое поражение АБС на фоне критической ишемии нижней конечности, окклюзия поверхностной бедренной артерии (ПБА). Критерии исключения: дистальный тип поражения артериального русла, проходимость ПБА, осложнения в раннем послеоперационном периоде. Срок наблюдения составил до 20 лет. Пациенты изучались клинически, ультразвуковыми, ангиографическими методами исследования. Качество жизни пациентов оценивалось по модифицированному опроснику SF36.

Результаты и обсуждение. Выживаемость пациентов к 5-ти годам наблюдения составила 79,9%. После 5-летнего периода 62,9% пациентов перенесли операции на коронарных артериях, операции на брахиоцефальных артериях – 30,6%,

вмешательства по поводу онкологических заболеваний – 16,9% больных. К 10-ти годам наблюдения выживаемость пациентов составила 72%, к 20-ти годам – 63%. Данные по группам достоверно не отличались. Первичная проходимость АБС в группе ПЭАЭ в отдаленные сроки была достоверно выше, чем в группе АБР. В 1-й группе к 5-летнему сроку составила 84%, во второй группе – 72%, к 10-летнему сроку наблюдения – 77% и 65%, к 20-летнему сроку – 69% и 56% соответственно ($p < 0,05$). По-видимому, это связано с более выраженными процессами гиперплазии неинтимы в области дистального анастомоза аорто-бедренного шунта, которая при применении синтетических протезов может привести к гемодинамически значимому стенозированию. Вторичная проходимость реконструированных сегментов в обеих группах сохранялась достаточно высокой, в исследуемых группах достоверно не отличалась. К 5 годам наблюдения составляла 94 и 92% соответственно, к 5-10 годам – 87 и 86%, к 20-летнему сроку достигала 75% ($p > 0,05$). Данные результаты свидетельствуют о больших резервных возможностях повторных операций на АБС. Процент сохраненных конечностей ко второму году составил 96%, к 5 годам – около 90%, к 10 годам – 88%, к 20 годам достигал 80%. Качество жизни пациентов на протяжении всего периода наблюдения оставалось удовлетворительным. Среди специфических осложнений следует выделить инфицирование в области трансплантата и аневризматическое расширение в области проксимальных и дистальных анастомозов АБР. Ни в одном случае при выполнении ПЭАЭ таких осложнений не наблюдалось.

Выводы. Своевременная коррекция сопутствующих заболеваний и их осложнений обеспечивает достаточно высокую выживаемость в отдаленные сроки после аорто-бедренных реконструкций.

Первичная проходимость аорто-бедренного сегмента после петлевой эндартерэктомии выше, чем у синтетических протезов. Вторичная проходимость в отдаленные сроки достоверно не отличается, что обеспечивает высокий процент сохраненных конечностей и удовлетворительное качество жизни у большинства пациентов.

Инфекционные осложнения трансплантатов и аневризм анастомозов наблюдались только при использовании синтетических шунтов.

ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рашидова Ш.У., Тянь А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Прогресс и растущая доступность ультразвукового исследования (УЗИ) щитовидной железы обусловили значительное увеличение частоты выявления очаговых изменений в этой железе. Наряду с технологическим развитием, возможности тщательной оценки этих изменений с точки зрения риска злокачественности также расширяются. Увеличение очагового изменения щитовидной железы или просто его размер как основной критерий повышенного риска злокачественности остались в прошлом. Основой для проведения контроля у пациентов с очаговыми изменениями щитовидной железы является возможность достоверно оценить риск развития рака на основе ультразвукового исследования щитовидной железы с учетом наличия признаков повышенного риска и тщательная клиническая оценка, что требует контроля и повторного исследования даже в течение многих лет.

Цель исследования. Разработать комплексный алгоритм дифференциальной диагностики очаговых образований ЩЖ для прогнозирования наличия злокачественных поражений.

Материал и методы исследования. Для определения диагностической ценности изученных параметров УЗ-исследований с учетом степени выраженности пролиферативных изменений в очаговых образованиях ЩЖ было обследовано 277 пациентов, которые, в зависимости от исхода заболевания ретроспективно были дифференцированы на 4 клинические группы:

I - я группа ($n=81$) - включены пациенты, у которых определялись одиночные очаговые образования в ЩЖ, размеры образований в среднем составляли 5-10 мм. Данная группа пациентов находилась под динамическим наблюдением у эндокринолога в течение 6-12 месяцев.

II - я группа ($n=104$) - пациенты, у которых определялись одиночные очаговые образования в ЩЖ, размеры образований в среднем составляли 11-25 мм. Всем пациентам выполнялась ТАПБ с цитологическим исследованием. Доброкачественный характер образований верифицирован.

III - я группа ($n=56$) - пациенты, подвергшиеся оперативному лечению по поводу узловых образований. Показаниями к оперативному лечению являлись: множественные узловые образования, рост образований, размеры одиночных узлов, превышающие 25 мм, сомнительные цитологические данные ТАПБ, не позволяющие окончательно исключить опухолевый рост, нарушение функции соседних органов, в том числе и органов средостения (нарушение актов глотания, затруднение дыхания), но без патологически измененных лимфоузлов.

IV - я группа ($n=36$) - пациенты, подвергнутые оперативным вмешательствам по поводу различных форм рака ЩЖ. У 28 (77,8%) оперированных пациентов была гистоструктура папиллярного рака; у 6 (16,7%) - фолликулярного рака; у 2 (5,5%) - медуллярного рака.

Результаты исследования. Ведение пациентов с очаговыми образованиями в ЩЖ согласно алгоритму комплексного ультразвукового исследования позволило улучшить

раннюю диагностику рака ЩЖ и увеличило количество случаев раннего выявления рака ЩЖ на 5,4%.

Наиболее информативными ультразвуковыми критериями диагностики рака ЩЖ являются: нечеткий наружный контур очаговых образований с чувствительностью 68,5% и специфичностью 94,8%; гипэхогенный ободок «хало» по периферии очаговых образований с чувствительностью 72% и специфичностью 88%; наличие кальцинатов в узле с чувствительностью 36,0% и специфичностью 93,0%.

Использование математической обработки ультразвукового изображения очаговых образований ЩЖ в режиме серой шкалы с построением гистограмм эхоплотности очаговых образований позволяет получить дополнительные УЗ-критерии рака ЩЖ. Наиболее информативными показателями являются среднее арифметическое эхоплотности (AV), среднее квадратичное отклонение эхоплотности (SD).

При раке ЩЖ наиболее характерными типами гистограмм эхоплотности очаговых образований являются: «асимметричный одновершинный» и «асимметричный многовершинный».

При проведении цветового доплеровского картирования наличие центрального и смешанного типов кровотока было характерно для активнопролиферирующих образований в ЩЖ. При импульсной доплерометрии во II, III и IV клинических группах обнаружены более низкие уголнезависимые индексы: ПИ, ИР, а также более высокие значения максимальных скоростей артериального и венозного кровотоков в сравнении с I клинической группой. Однако достоверные отличия определялись только между I и IV клиническими группами, $p < 0,05$.

На основе дискриминантного анализа выявлено, что среди исследованных параметров наиболее информационно значимыми для диагностики рака ЩЖ (информационный вес более 0,30) оказались: отсутствие четкости контура узлового образования ЩЖ (0,37), коэффициент вариации контура очагового образования ЩЖ (0,39), отношение SD/S общего контура железы (0,35); из доплерометрических показателей: тип васкуляризации очаговых образований (0,35), а также данные ТАПБ (0,40).

Выводы. Разработанный комплексный алгоритм дифференциальной диагностики с оценкой информационной значимости параметров позволяет оценить состояние паренхимы ЩЖ в норме и при ее очаговых поражениях, определить степень риска наличия злокачественных поражений и оптимизировать тактику ведения пациентов. Данный подход улучшает раннюю диагностику рака ЩЖ и уменьшает количество неоправданных радикальных хирургических операций.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рашидова Ш.У., Тянь А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди современных медико-социальных проблем одними из важнейших являются заболевания щитовидной железы (ЩЖ), которые в настоящее время лидируют среди остальной эндокринологической патологии. Среди заболевших обращает на себя внимание преобладание лиц молодого и среднего возраста. При этом процент рака щитовидной железы (РЩЖ) по отношению к доброкачественным узловым и очаговым образованиям, по данным литературы, колеблется от 2 до 30%, что делает особо актуальным вопрос о социально-трудовой реабилитации данной группы больных.

Цель исследования. Разработать комплексный алгоритм дифференциальной диагностики очаговых образований ЩЖ для прогнозирования наличия злокачественных поражений.

Результаты исследования. Ведение пациентов с очаговыми образованиями в ЩЖ согласно алгоритму комплексного ультразвукового исследования позволило улучшить раннюю диагностику рака ЩЖ и увеличило количество случаев раннего выявления рака ЩЖ на 5,4 %.

Наиболее информативными ультразвуковыми критериями диагностики рака ЩЖ являются: нечеткий наружный контур очаговых образований с чувствительностью 68,5% и специфичностью 94,8 %; гипозоногенный ободок «хало» по периферии очаговых образований с чувствительностью 72 % и специфичностью 88 %; наличие кальцинатов в узле с чувствительностью 36,0 % и специфичностью 93,0 %.

Использование математической обработки ультразвукового изображения очаговых образований ЩЖ в режиме серой шкалы с построением гистограмм эхоплотности очаговых образований позволяет получить дополнительные УЗ-критерии рака ЩЖ. Наиболее информативными показателями являются среднее арифметическое эхоплотности (AV), среднее квадратичное отклонение эхоплотности (SD).

При раке щитовидной железы наиболее характерными типами гистограмм эхоплотности очаговых образований являются: «асимметричный одновершинный» и «асимметричный многовершинный».

При проведении ЦДК наличие центрального и смешанного типов кровотока было характерно для активнопролиферирующих образований в ЩЖ. При импульсной доплерометрии во 2, 3 и 4 клинических группах обнаружены более низкие уголнезависимые индексы: ПИ, ИР, а также более высокие значения максимальных скоростей артериального и венозного кровотоков в сравнении с 1 клинической группой. Однако, достоверные отличия определялись только между 1 и 4 клиническими группами, $p < 0,05$.

На основе дискриминантного анализа выявлено, что среди исследованных параметров, наиболее информационно значимыми для диагностики рака ЩЖ (информационный вес более 0,30) оказались: отсутствие четкости контура узлового образования ЩЖ (0,37), коэффициент вариации контура очагового образования ЩЖ (0,39), отношение SD/S общего контура железы (0,35); из доплерометрических показателей: тип васкуляризации очаговых образований (0,35); а также данные ТАПБ (0,40).

Выводы. Разработанный комплексный алгоритм дифференциальной диагностики с оценкой информационной значимости параметров позволяет оценить состояние паренхимы ЩЖ в норме и при ее очаговых поражениях, определить степень риска наличия злокачественных поражений и оптимизировать тактику ведения пациентов. Данный подход улучшает раннюю диагностику рака ЩЖ и уменьшает количество неоправданных радикальных хирургических операций.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Рузибоев С.А., Хайдаров Г.А., Амонов Х.Р., Шаваз Р.Н.

Самаркандский Государственный медицинский институт,

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан

Актуальность. Повреждение двенадцатиперстной кишки (ДПК) в структуре травм органов желудочно-кишечного тракта обусловленная своей редкостью, и развитием тяжелых опасных для жизни осложнений и в настоящее время является серьезной и нерешенной задачей в неотложной хирургии. В послеоперационном периоде у 35—55% больных развиваются осложнения; несостоятельность швов ДПК, культы ДПК (при операциях на выключение или резекции),

панкреатит, забрюшинная флегмона. Вследствие этого летальность при травме ДПК составляет 11—30%, а при развитии забрюшинной флегмоны может достигать до 100%. Наибольшие затруднения в своевременной постановке диагноза отмечаются при повреждениях забрюшинной части ДПК, которые не диагностируются у 10-30% пострадавших.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 41 больных с закрытыми повреждениями (91,5%) и ранениями (8,5%) ДПК, находившихся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2000 по 2019 годы. Среди пострадавших мужчин было 36 (87,8%), а женщин - 5 (12,2%). Повреждения ДПК в 3 (7,3%) наблюдениях были в результате падения с высоты (кататравма); в 29 (70,7%) случаях - автодорожные происшествия; в 2 (4,9%) - производственные травмы, и суицидные попытки - в 2 (4,9%) наблюдениях, ятрогенное повреждение возникло в 3 (7,3%) наблюдении, избиение - у 2 (4,9) больных. Изолированной травма оказалась в 17 (41,5%) наблюдениях. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 24 (58,5%). Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы 8 (33,3%), печени - 6 (25%), желчного пузыря - 3 (12,2%), толстого кишечника 4 (16,6%), тонкого кишечника - 1 (4,2%) и желудка - 2 (8,3%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 24 (58,5%) случаях, ниже-горизонтальной части - в 8 (19,5%) случаях, верхне-горизонтальной части ДПК - в 9 (22%) наблюдениях.

Анализ клинических наблюдений больных с повреждениями ДПК производился на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследование, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и диагностическую лапароскопию, а при необходимости компьютерную или мультиспиральную компьютерную томографию.

Результаты и обсуждение. При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 11 (26,8%) пациентов с свежей травмой ограничили наложением первичного шва с дренированием забрюшинной клетчатки через контрапертурный разрез. В 9 (22%) случаях первичный шов ДПК дополняли холецистэктомией с наружным дренированием общего желчного протока по А.В.Вишневскому. У 6 (14,6%) больных первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансазально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации и проводили за связку Трейтца интестинальный зонд для энтерального питания. При повреждениях менее половины окружности ДПК первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК с наложением гастроэнтероанастомоза на длинной петле с Браунским соустьем и холецистостомой (2 случая 4,9%), и в 4 (9,7%) случаях дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену (антрумэктомия, стволовая ваготомия, гастроэнтероанастомоз на длинной петле, холецистостомой) (рис. 2), в 2 случаях больным было наложено питательная еюностомия по Витцелю (рис. 3). При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы (с мобилизацией всех отделов) с последующим дренированием забрюшинной клетчатки - 2 (4,9%) наблюдений. В последних 3 (16,6%) случаях на поврежденный участок ДПК накладывали дуоденоеюноанастомоз на длинной петле с Браунским соустьем с использованием проленовых атравматических нитей и трансазально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации. 1 пациента по поводу ятрогенного повреждения нисходящего отдела ДПК выполнена простая дивертикулизация ДПК с наложением гастроэнтероанастомоза на длинной петле с Браунским соустьем и холецистэктомия, наружное дренирование холедоха по Абба-Пиковскому. Через люботомный разрез подведены двухпросветные дренажи для аспирационно-промывного лечения. Повреждение ДПК не было ушито из-за выраженного воспалительного инфильтрата, ограниченной забрюшинной флегмоны, без перитонита. Для предотвращения прогрессирования инфицирования участков забрюшинной клетчатки применяли «Декасан» с левомеколем, что значительно улучшало результаты хирургического лечения. Люботомная рана регулярно обрабаталась антисептическим препаратом «Декасан» и мазью «Левомеколь». Осложнения после хирургического лечения пациентов с травмами и ранениями ДПК возникли у 13 (31,7%). Летальный исход среди пострадавших с травмой ДПК наступил 17,1%.

Выводы: Эффективной мерой профилактики несостоятельности швов и травматического панкреатита служат декомпрессия через зонд с постоянной аспирацией дуоденального содержимого в послеоперационном периоде. В ранние сроки после травмы наложение дуоденоеюноанастомоза по нашему мнению является наиболее лучшим. В поздние сроки после травмы наложение дуоденостомии на протяжении с отключением ДПК и с дренирующими операциями желудок дали хорошие результаты.

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИДА ҚОРИН ПАРДА ОРТИ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Рузибоев С.А., Хайдаров Г.А., Амонов Х.Р.

Самарканд давлат тиббиёт институти,

Республика шошилинч тиббий ёрдамиллий марказининг Самарканд филиали.

Муаммонинг долзарблиги. Дунё тиббиётида ўн икки бармоқ ичак жароҳатларини даволашда бир асрдан кўпроқ вақт ва тажрибага эга бўлишига қарамай, шубу муаммонинг кам учраши, ҳаёт учун хавфли бўлган асоратларнинг ривожланиши туфайли ҳозиргача шошилинч жароҳликда жиддий ва хал қилинмаган масала бўлиб қолмоқда. Ўн икки бармоқ ичак жароҳатлари (ЎИБИЖ) бўйича операциялардан кейинги даврда 25-60% ҳолатларда эрта асоратлар кузатилади, улардан энг жиддий ва энг кенг тарқалгани ўн икки бармоқ ичакга қўйилган чоклар етишмовчилиги, ретроперитонеал флегмонанинг ривожланиши ҳисобланади. Шу муносабат билан ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланишидан кейинги ўлим курсаткичи жуда юқори бўлиб, 11-30%ни ташкил этади, ретроперитонеал флегмона ривожланганда эса ушбу кўрсаткич 100% гача етади.

Материал ва методлар. Ушбу ишда 2000 йилдан 2019 йилгача РШТЎИМнинг Самарканд филиалида даволанган 41 та беморда ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ шикастланиши (91,5%) ва жароҳатларининг (8,5%) хирургик даволаш натижалари таҳлил этилди. Ўн икки бармоқ ичакнинг жароҳатланиши 3 та ҳолатда (7,3%) баландликдан йиқилиш (кататравма); 29 та ҳолатда (70,7%) - автоҳалокатлар; 2 та ҳолатда (4,9%) – ишлаб чиқаришдаги шикастланишлар ва 2 та ҳолатда (4,9%) ўз жонига қасд қилишга уринишлар, 3 та ҳолатда (7,3%) ятроген жароҳатлар; 2 та ҳолатда (4,9%) беморлар қалтакланиш натижасида содир бўлган. Жароҳат олгандан сўнг дастлабки 6 соат ичида 39 (75%) бемор, 6 дан 24 соатгача

бўлган вақтда 29 (70,7%), 24 соатдан кейин эса 12 (29,3%) беморлар касалхонага ётқизилди. Изоляцияланган дуоденал жароҳатлар 17 (41,5%) таҳолатда аниқланди.

Натижалар ва муҳокамалар. Ўн икки бармоқ ичак травмаси ва жароҳати бўлган беморларни даволашда жароҳати янги бўлган беморларга 11 (26,8%) бирламчи чок қўйиш ва қорин парда орти соҳасини контрапертура орқали дренажлаш билан чекландилди. 9 (22%) ҳолларда ЎИБИЖга бирламчи чоклари қўйиш билан бирга холецистэктомия ҳамда умумий ўт йўлини А.В.Вишневский бўйича ташқи дренажлаш амалга оширилди. 6 (14,6%) беморларда ЎИБИЖга бирламчи чоклар қўйишига қўшимча холецистостомия ва чарви халтаси дренажланди, ўн икки бармоқ ичакка фаол аспирация учун декомпрессияловчи трансназал зонд ўрнатилди ва энтерал овқатлантириш учун зонд Трейц бойлаидан пастга ўтказилди.

Ўн икки бармоқ ичак девори айланасининг ярмидан озроғи шикастланган бўлса, бирламчи чокларга қўшимча ўн икки бармоқ ичакнинг оддий дивертикулизацияси ҳамда узун қовузлоқли гастроэнтероанастомоз Браун дарчаси шакллантириш ва холецистостомия (2 таҳолатда 4,9%), 4 та (9,7%) ҳолатда ўн икки бармоқ ичак дивертикулизацияси Донован-Хаген бўйича (антрумэктомия, стволли ваготомия, узун қовузлоқли гастроэнтероанастомоз, холецистостомия), 2 таҳолатда беморларга Витцел бўйича озиклантирувчи еюностомия қўйилди.

Ўн икки бармоқли ичак гематомаларида гематомани эвакуация қилиш (барча қисимларини мобилизация қилиш билан) ва қорин парда орти соҳасини дренажлаш - 2 та (4,9%) ҳолатда бажарилди. Икки ҳолатда кеч мурожаат қилганлиги ҳамда тарқалган перитонит ривожланганлиги сабабли операция қорин бўшлиғини режаштирилган санация қилиш мақсадида лапаростомия қўйиш билан тугатилди. Охириги 3 (16,6%) ҳолатда ўн икки бармоқ ичак жароҳатланган соҳасига пролен атравматик ипини қўллаш орқали узун қовузлоқли дуоденоеюноанастомоз Браун дарчаси билан қўйилди ҳамда ўн икки бармоқ ичакка актив аспирация учун декомпрессияловчи трансназал зонд ўрнатилди. Ушбу турдаги операциядан кейинги даврда қўйилган анастомозлар томонидан асоратлар кузатилмади. Битта беморда ўн икки бармоқ ичак тушувчи қисмини ятроген жароҳатланишида қорин бўшлиғида перитонит жараёни йўқлиги сабабли ўн икки бармоқ ичакни оддий дивертикулизацияси узун қовузлоқли гастрэнтероанастомоз Браун дарча шакллантириш ва холецистэктомия, Абба-Пиковский бўйича умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш операцияси бажарилди. Люмботом жароҳат орқали аспирацион ювиш мақсадида икки бўшлиқли дренаж най ўрнатилди. Ўн икки бармоқ ичак жароҳати атрофида тўқималарда ривожланган инфильтрация, қорин парда орти соҳаси флегмонаси бўлганда жароҳат тикилмади. Қорин парда орти соҳаси инфилтриранишини олдини олиш мақсадида “Декасан” ва “Левомекол” малҳами мунтазам равишда қўлланилди ва бу хирургик даволаш самарадорлигини оширди.

Хулоса. Текширишлар шуни кўрсатдики, жароҳатланишнинг эрта даврларида дуоденоеюноанастомоз қўйиш, жароҳатланишнинг кечки даврларида эса, ўн икки бармоқ ичакни дивертикулизация қилиш, дуоденостомия ва меъдани дренажловчи операциялар билан якунлаш яхши натижалар беради.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТОНИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Хужамбердиев У.Э., Абдулазизов С.А
Андижанский государственный медицинский институт

Атония мочевого пузыря (АМП) – собирательное понятие, включающее заболевания, возникающие вследствие различных нарушений деятельности центральной и периферической нервной системы и проявляющиеся нарушением нормального функционирования мочевого пузыря. Предложены следующие операции при АМП: пересадка мочеточника в сигмовидную или прямую кишку, эпицистостомия, уретерокутанеостомия, пересечение или разрушение полового нерва. Все операции вместе с преимуществами имеют и свои недостатки.

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения больных с атонией мочевого пузыря.

Материалы исследования. Сравнительное исследование проведено на 13 пациентах, поступивших в отделение урологии клиники АГМИ по поводу нейрогенного мочевого пузыря. Из анамнеза у 9 больных причиной являются травмы опорно-двигательного аппарата (ТОДА), у 4 пациентов колопроктологические операции (КПО).

Результаты исследования. У 1 пациента задержка мочеиспускания разрешилась однократной катетеризацией мочевого пузыря. 6 пациентам произведена цистостомия, 1 пациенту была произведена эпицистостомия. 7 больным с ТОДА и КПО было проведено совместное лечение с невропатологами. У 2 больных была произведена операция «Ремускуляризация мочевого пузыря». При диспансерном наблюдении было установлено, что АМП у больных с эндоурологическими вмешательствами (цистостомия и эпицистостомия) после удаления цистостомы повторно наблюдалась в течение года. При операции «Ремускуляризации мочевого пузыря» у больных наблюдался длительный послеоперационный период, но функция мочевого пузыря была восстановлена полностью.

Выводы. Исходя из вышеследующего следует, что несмотря на трудности и длительный реабилитационный срок, желательно если нет противопоказаний проводить операцию на «Ремускуляризацию мочевого пузыря», для последующего предотвращения повторения АМП.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ РЕАНИМАТОЛОГИЯДА SMART ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ УРНИ

Садикова М.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти

Мамлакатимизда таълим соҳасини тараққий эттириш, хусусан, олий таълимни ривожлантириш орқали соҳаларга замон талаблари асосида фаолият кўрсатувчи маълакали кадрларни тайёрлаш, тиббий таълим сифатини ошириш ва таълим жараёнига ахборот коммуникацион технологияларни кенг жорий этишни талаб қилади. Шу муносабат билан мобилликка, амалиётга йўналтирилганликка, контентнинг ўзини тўлдирувчанлигига, контентни тақризлашга эга бўлган таълим моделини ишлаб чиқиш зарур. Бундай масалани SMART-таълим концепцияси ҳал қилишга қодир.

Мақсад: Тиббиётда ҳозирги кунда қўлланилиб келинаётган SMART технологиялар тадбиқ этишни ўрганиш.

Материал ва методлар: Таълимда SMART технологиялар. SMART Университ - таълим, илмий ва маъмурий фаолияти жараёнларини бошқаришни автоматлаштиришга қаратилган “E-univesitet” ахборот тизими ва унинг компонентлари. Smart-аудитория ўзида FingerPrint, Smart-минбар, мультимедия проектори каби замонавий ахборот технологияларини жамлаган тизим.

FingerPrint технологияси талаба ва профессор-ўқитувчиларнинг бармоқ изларини сканерлаш асосида давоматни автоматик тарзда аниқлайди.

Smart-минбар дастурий платформаси профессор-ўқитувчига ўзининг виртуал кабинетдаги ишини ташкил қилиш, жорий сана учун дарс жадвали, тақвим-мавзули (календарь-тематик) режа, бугунги мавзу ва дарсга оид бошқа маълумотлар билан танишиш, машғулот давомида талабаларга мавзу доирасида янада кўпроқ маълумот беришда қулай восита.

Тиббиётда SMART технологиялар Рақамли тиббиёт асри - инсон фаолияти кўрсаткичлари, хусусан, юрак пульси, нафас тезлиги, жисмоний фаоллик, умумий ҳолати, дори-дармонлар қабул қилиш ва бошқалар ҳақида ахборот.

Онлайн жарроҳлик асбоблари - «Chimaega» қурилмаси 3D-тасвирнинг эфирга узатилиши шарофати билан жарроҳлик соҳасида реал вақт тартибидан операцияларни ўтказиш.

Барчаси беморлар саломатлигини назорат қилиб туришга қўмаклашадиган ва аини дамда тўла-тўқис гаджетларга айланган ақлли браслетлар

Хулоса: Тизимни ривожлантиришда асосан АКТни янада чуқурроқ жорий қилиш билан юқори самарага эришиш. Касалликларни дастлабки босқичидаёқ тўғри ташхислаш ва бемор иш қобилиятини қисқа муддатларда тиклаш имконияти бериши. Тиббиётда SMART технологияларидан фойдаланиш вақт ва ресурслар ҳажми қисқартиради.

Тавсия: Таълим жараёнига ахборот технологияларини самарали жорий қилиш. Ўқув жараёнини автоматлаштириш орқали вақт ва ресурслар сарфи оптималлаштириш учун SMART технология ва дастурий таъминотларни жорий қилиш. Барча фанлар бўйича интерактив ва мультимедия компонентлари мавжуд электрон ўқув қўлланмаларни яратиш

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕЖЛЕСТНИЧНОГО БЛОКА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Садикова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Блокада плечевого сплетения (БПС) считается наиболее адекватным методом анестезии при оперативных вмешательствах на верхних конечностях, прерывая поток афферентных импульсов к задним рогам спинного мозга и предупреждая развитие гипералгезии структур спинного и головного мозга. Вопрос безопасности и эффективности БПС сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. Это подтверждается наличием значительного числа доступов и способов блокад, однако ни один из них не исключает развитие серьезных осложнений и технических проблем при их выполнении.

Цель исследования. Изучение влияния ультразвуковой визуализации нервов на эффективность и безопасность блокады плечевого сплетения межлестничным доступом.

Материалы и методы.

После получения информированного письменного согласия пациенты с запланированным оперативным вмешательством в области плеча и предплечья с использованием анестезии плечевого сплетения межлестничным доступом приняли участие в этом исследовании. Критерии включения: возраст 18—85 лет, ASA физический статус I—III, вес 50—160 кг. Критерии исключения: любое противопоказание к регионарной анестезии, значительное неврологическое нарушение в верхней конечности, значительное нарушение психики. Адекватность интраоперационной анестезии оценивали с помощью комплекса клинических критериев и мониторинга артериального давления (АД), по изменению частоты сердечных сокращений (ЧСС), ЭКГ мониторинг (монитор Infinity Vista фирмы Dräger), пульсоксиметрия (SPO2).

Регионарная анестезия с блокадой плечевого сплетения из межлестничного доступа с

разделением на две группы. В первой группе (968) выполнялись под УЗИ навигацией аппаратом SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 мультисекторным линейным датчиком 5-12 МГц

с визуализацией нервных стволов, проведением иглы и распространением местного анестетика в реальном времени.

Во второй группе возбуждение нерва нейростимулятором (84) локализация плечевого сплетения выполнялась по анатомическим ориентирам. Для анестезии использовалась игла диаметром 22, длиной 6 см. В качестве анестетика применяли 1,25% лонгокаин 20 мл с адреналином в разведении 1:200000.

Венозный доступ осуществлялся с помощью периферического венозного катетера G18, 20, фирма (BBraun).

Результаты исследования. Наблюдение за АД, ЧСС, SPO2 во время обезболивания и при выполнении операции не выявило выраженных сдвигов в показателях от исходных.

Количество неудачных блокад в группе с использованием УЗ навигации отмечалось в 24 (2,5%) случаях из 968, в группе с выполнением блокады по анатомическим ориентирам, в 21 (25%) случае из 84, и отмечали пункцию артерии в 10 случаях.

Выводы. Использование ультразвуковой навигации при выполнении межлестничной блокады плечевого сплетения повышает эффективность блокады до 97,1% без увеличения времени ее выполнения по сравнению с использованием нейростимуляции. Снижает частоту осложнений анестезии, связанных с повреждением ряда расположенных анатомических структур на 13,3%, уменьшает количество многократных попыток идентификации нервных структур на 26,7%; Снижает уровень боли и дискомфорта выполнения блокады.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК

Садыкова Д.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Поликистоз почек – это наследственное заболевание, для которого характерна аутосомно-доминантная передача. Актуальность проблемы аутосомно-доминантного поликистоза почек обусловлена особенностями развития и роста кист, неспособностью существующих методов лечения предотвратить нарастание размеров кист и почек, прогрессирующее нарушение функции почек.

Цель исследования: установить роль ультразвукового исследования (УЗИ) при диагностике поликистоза почек.

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезней 94 больных, которым было проведено УЗИ по поводу урологических и неврологических заболеваний органов брюшной полости. При этом обнаружены полостные образования почек и направлены на стационарное лечение в отделении урологии клиники АндГосМИ с 2009 по 2012 гг.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе историй болезни пациенты были распределены на 4 группы:

1 группа – первичная обращаемость, отсутствие клинических симптомов, отсутствие патологических изменений в лабораторных данных, диагноз установлен на основании проф.осмотра на УЗИ.

2 группа – первичная обращаемость, отсутствие явных клинических проявлений поликистоза, небольшие изменения в лабораторных анализах, диагноз установлен с помощью УЗИ.

3 группа – повторная обращаемость по поводу поликистоза, имеется генеологический анамнез, отсутствие осложнений данного заболевания.

4 группа – повторная обращаемость по поводу поликистоза, наличие осложнений данного заболевания.

В 1-2 группах отсутствие осложнений, малые размеры кист были показанием к проведению консервативного лечения в течение 5 дней. В 3-4 группах наличие сопутствующих заболеваний, генеологический анамнез, неоднократное стационарное лечение у данных больных отразилось в длительности срока стационарного лечения 10-12 дней.

Вывод: малоинвазивный метод диагностического исследования – УЗИ помог выявить заболевание поликистоза на ранних бессимптомных этапах в 1 и 2 группах пациентов, которые своевременно были направлены на стационарное лечение. Это предотвратило запущение заболевания и переход в осложненные этапы течения поликистоза. Своевременное установление диагноза, своевременное лечение и наблюдение данного заболевания сократили сроки реабилитации.

ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЙ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИ ГИГАНТСКИХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В клинике Андижанского государственного медицинского института с 1999 г. по 2008 г. в 1-хирургическом отделении прооперировано 118 пациентов с гигантскими эхинококковыми кистами. Мужчин было 46 (39%), женщин 72 (61%). По возрасту больные распределены следующим образом: до 21 года- 25(21%), до 31-31(26,2%), до 41-26(34,7%), до 51-21(17,7%), до 61-10(8,4%), старше 61-5(4,2%) пациентов. Жителей сельской местности было 106(89,8%) Городских жителей - 12(10,2%) .

Заболевание в 17(4,4%) случаев выявлено при прохождении профосмотров, в – 101(85,6%) больные под наблюдением целенаправленно обратились в стационар с жалобами на боли различного характера отмеченных у 96 (81,3%) пациентов, чувство тяжести в правом подреберье в 101 (85,6%) случаев, увеличения объема живота -89(75,4%), диспептические явления в 78(66,1%) наблюдениях. Гипертермия выявлена у 32(27,2%) пациентов, что было связано с перифокальным воспалением или нагноением кисты.

Диагностика не вызывала особого затруднения, во всех случаях основным методом диагностики являлось УЗИ органов брюшной полости. Оперативному лечению подвергнуты все пациенты, произведено 118 операций. Ликвидация остаточной полости проводилась в большинстве случаев 78 (66,1 %) по методике А.А.Вишневого в модификации нашего отделения –края фиброзной капсулы не иссекались, а путем наложения выворачивающих швов фиксировались к глиссоновой капсуле печени. После санации ложа эхинококковой кисты производились дренирование капитанаж, или частичная ликвидация полости по Боброву или Дельбе. Во время операции у 78 больных (66,1%) в круглой связке печени оставлялся микроиригатор для лимфостической терапии. В контрольной группе больных отмечались такие осложнения как нагноение остаточной полости или раны, наличие желчных свищей, в основной же группе отмечалось значительное снижение частоты желчных свищей, отсутствовало нагноение остаточной полости и раны.

Методика лимфатической терапии: в качестве лимфостимулятора вводились гепарин 2500-5000 ед, лазикс от 0,5 до 1,0 мл., иммуномодулятор и антибиотики вводились по показаниям, каждый препарат разводится в 3,0 мл 0,5 % раствора новокаина. Данная процедура проводится 1-2 раза в сутки в течении 5-7 дней.

Таким образом опыт применения комплексной послеоперационной терапии включая и лимфатическую, показал что она не только уменьшает отделяемое из ложа в послеоперационном периоде но и является эффективным средством профилактики нагноительных процессов. Тем самым, сокращая сроки пребывания больного в стационаре, уменьшает расход медикаментозных средств и сокращает сроки временной нетрудоспособности. Метод технически прост, безопасен, лишен побочных осложнений и рекомендуется для использования в клинической хирургии.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛУЧЕЙ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ГЕЛИЙ-НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.

*Салахитдинов К.З., Курбанов Х, Киличев М, Салахитдинова М
Андижанский медицинский институт*

Предупреждение и лечение гнойно-септических процессов остается одной из наиболее сложных и требующих дальнейшего изучения проблем абдоминальной хирургии. Известно, что после операций нарушается микроциркуляция влияющая на течение послеоперационного периода и при этом одну из главенствующих мест занимает лимфатическая система в частности лимфатические узлы с её важными функциями, дренирующая, фильтрационная, обезвреживающая, иммунологическая и т.д. функции.

В этой связи нами предлагается новый метод лазерной лимфатической терапии в профилактике и лечении рассматриваемой патологии. Сущность которого заключается в облучении групп лимфатических узлов согласно их сегментарного строения в зависимости от вида операции, верхний этаж - малый сальник, средний и нижний этаж- брыжейка тонкой и толстой кишок. Облучение производится гелий- неоновым лазером ИЛГН -104 мощностью 0.3-0.8 мВт, экспозиция 5 мин., однократно в течении 5-7 дней / патент № ИДР 9700284.1 /.

Для оценки эффективности лазерной лимфатической терапии, на элек-тронно-микроскопическом уровне исследовались биоптаты лимфатических узлов и кишечной стенки. Одним из критериев эффективности облучения явилось исследование морфологических изменений лимфатических узлов.

Экспериментальные животные разделены на две группы; основную с лазерным облучением лимфатических узлов и контрольную без облучения.

Так на первые сутки после начала эксперимента структура лимфатических узлов претерпевают существенные изменения. Несмотря на то, что строма узлов практически не изменена, размеры лимфатических узлов увеличиваются. При этом отмечается резкое расширение просветов синусов - преимущественно краевых, диаметр их составляет 68 ± 13.6 мкм. В просветах синусов содержатся макрофаги, лимфоциты, эозинофильные гомогенные массы и элементы тканевого детрита. Просветы кровеносных сосудов также расширены и полнокровны, диаметр венул составляет 49.8 ± 2.2 мкм контрольная группа и 38.7 ± 1.25 мкм в основной группе. Клеточный состав коркового вещества также изменяется, возрастает процентная доля плазмобластов и снижается содержание лимфоцитов.

В основной же группе в корковом веществе увеличивается содержание лимфоидных фолликулов с реактивными центрами. Они содержат макрофаги, лимфоциты и плазмобласты. Резко возрастает объёмная доля плазматических клеток, которые располагаются группами по периферии реактивных центров. Признаки застоя лимфы в лимфатических узлах снижаются, о чем свидетельствует уменьшение диаметра краевых синусов 8.5 ± 0.9 мкм. В мозговом веществе снижается процентное содержание плазмобластов и плазматических клеток. Имеются митозы. Повышается содержание макрофагов как в реактивных центрах фолликулов мозгового вещества, так и в мякотных тяжах мозгового вещества. Явления межклеточного отека отёка снижаются.

Полученные результаты дают основание судить о благотворном влиянии лазерного излучения, проявляющегося снижением отека лимфатических узлов, увеличением содержания иммунокомпетентных клеток, улучшением дренажной функции лимфатических узлов.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

*Салахитдинов К.З., Мирзаев А.К., Курбанов Х, Салахитдинова М, Пакридинов А
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Известно, что ваготомии в раннем послеоперационном периоде присущи ряд моторно-эвакуаторных нарушений (дисфагия, гастростаз, диарея, парез кишечника), а существующие в настоящее время комплекс корегулирующей терапия не всегда приводит к адекватной компенсации развившихся моторно-эвакуаторных осложнений.

Новые перспективы в лечении указанных постваготомических моторно-эвакуаторных осложнений открывает применение метода региональной лимфатической терапии.

В этой связи целью наших исследований было определить значение региональной лимфостимуляции в комплексе послеоперационных мероприятий направленных на профилактику и лечение моторно-эвакуаторных осложнений в ранние сроки после ваготомии.

Нами в клинике обследовано 220 больных, которым была произведена ваготомия в различных её модификациях. Все наблюдаемые нами больные были разделены на две группы: контрольную- 115 больных, у которых послеоперационный период вёлся традиционно, и основную-105 больных, которым в комплексе лечебных мер в послеоперационном периоде был включён метод региональной лимфатической терапии.

Моторно-эвакуаторная функция желудка у оперированных больных изучалась методами электрогастрографии, непрерывной радиогастрографии, рентгенологическими исследованиями и клинической оценкой.

Анализ ранних моторно-эвакуаторных осложнений после ваготомии в сравниваемых группах больных позволяет сделать вывод, что включение в комплекс послеоперационных мероприятий региональной лимфостимуляции способствует снижению частоты и тяжести таких осложнений, как гастростаз и постваготомическая диарея у больных основной группы по сравнению с таковой в контрольной группе.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Салахитдинов С.З., Икрамова Ф.Д., Сахаталиева Р., Зайнабудинова Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Варикозная болезнь (ВБ) относится к наиболее распространенным заболеваниям сосудистой системы у женщин, впервые возникающим у 50-96% обследованных во время беременности (Савельев В.С. и соавт., 2001; Трофимова О.А., 2007). При этом до 10% увеличивается частота тромбозомболических осложнений, являющихся одной из основных причин материнской смертности в развитых странах (Серов В.Н., 2007). Варикозная болезнь может иметь несколько локализаций: кожа - телеангиэктазии (ТАЭ) и ретикулярные вены (РВ), подкожная клетчатка - варикозное расширение вен нижних конечностей, таз - варикозное расширение вен малого таза. Варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) и малого таза (МТ) наблюдается, по данным М.М. Шехтмана (2006), у 32% беременных. Во многом это обусловлено физиологической перестройкой венозной системы малого таза в период гестации, сдавлением венозных коллекторов беременной маткой, прогрессирующим воздействием гормонов плаценты.

Цель: оценка влияния варикозной болезни на течение и исходы беременности.

Материал и методы: проведен сравнительный анализ течения беременности у 28 женщин с варикозной болезнью (основная группа) и 28 беременных без таковой (контрольная группа). Обе группы по возрасту и срокам беременности были сопоставимы. Средний возраст женщин обеих групп составил $27,3 \pm 3,4$ лет. Критериями исключения из групп явились преэклампсия и сопутствующие тяжёлые экстрагенитальные заболевания. Согласно клинической классификации СЕАР у 20 пациенток имелся II клинический класс (С2), у 4 пациенток – III клинический класс (С3) хронической венозной недостаточности. Сочетанное варикозное расширение большой подкожной вены и её притоков, вен вульвы и влагалища отмечалось у 14 (41,7%) пациенток, изолированное расширение ствола большой подкожной вены и её притоков – у 16 (50%) беременных, а синдром тазового венозного полнокровия, расширение большой подкожной вены и вен наружных половых органов – в 6 (8,3%) случаях.

Результаты: в конце второго триместра у 10 (41,7%) беременных основной группы отмечались дизурические расстройства, тогда как у пациенток контрольной группы эти явления имели место лишь в 1 (4,2%) наблюдении. Частота плацентарной недостаточности у пациенток основной группы ($n=12$; 50%) была выше, чем в контрольной ($n=1$; 4,2%). Угроза прерывания беременности в основной группе зарегистрирована в 14 (58,3%) случаях, в контрольной группе – только у 1 (4,2%) пациентки. Задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 3 (12,5%) пациенток основной группы. В основной группе многоводие было у 4 (16,7%) пациенток, тогда как у беременных контрольной группы оно имело место лишь в 1 (4,2%) случае ($p>0,05$). У 4 (8,3%) пациенток обеих групп отмечался отёчный вариант гестоза, при этом с достоверным различием: у 3 (12,5%) пациенток основной и у 1 (4,2%) контрольной групп.

Заключение: варикозная болезнь приводит к увеличению развития различных тяжёлых осложнений гестации, что требует комплексной и своевременной коррекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

*Салиохунова Х.О., Усманова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние годы, рецидивирующие средние отиты (РГСО) у детей раннего возраста участились и составляют 25-30% всех средних отитов. Частота рецидивов в год составляет от 3 до 10 раз. При наличии гнойного отделяемого в наружном слуховом проходе снижается эффективность проводимого лечения так, как контакт лекарственных препаратов с воспаленной слизистой оболочкой не происходит. Исходя из выше изложенного, основным условием эффективности лечения является удаление содержимого наружного и среднего уха. Обычная чистка уха ватным тампоном для детей болезненна и не дает возможности полного удаления содержимого.

Цель исследования. Определить эффективность удаления патологического содержимого уха электроотсосом и применением неладекса у больных РГСО.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 19 больных грудного возраста с РГСО: до одного месяца - 3 больных, до 3 месяцев - 4, до 6 месяцев - 6, до 1,5 лет - 6 больных. Частота рецидивов у 6 больных до 6 раз в год, у 3 новорожденных не зависимо от проводимого лечения гноеотечение не прекратилось, у остальных больных частота рецидивов заболевания составило в среднем от 3 до 5 раз.

Все больные перед лечением были консультированы педиатром на наличие сопутствующей патологии. При наличии сопутствующей патологии лечение проводилось совместно с педиатром. Перед лечением всем больным содержимое наружного и среднего уха удаляли электроотсосом до полной чистки. Манипуляцию больные перенесли спокойно и безболезненно. После удаления содержимого уха в лежачем положении в ухо вводили по 2 капли раствор неладекса. Неладекс является антибактериальным и ранозаживляющим препаратом.

С целью восстановления дренажной функции слуховой трубы одновременно содержимое полости носа удалялось электроотсосом и в нос вводили по 2 капли 2 % раствора проторгола. Манипуляция проводилась один раз в день, курс лечения составили 5-7 дней.

После лечения у 16 больных полностью прекратилось гноеотечение, у 3 больных в течении 3 месяцев наблюдался рецидив заболевания и им было проведено аналогичное лечение как в первый раз.

Таким образом проводимое лечение РГСО у детей грудного возраста является удобным методом лечения и дает возможность применения даже в условиях поликлиники.

Выводы. Удаление содержимого уха для лечения больных детей с РГСО с помощью электроотсоса является наиболее эффективным и безболезненным методом.

Разработанный способ лечения приводит к улучшению общего состояния больного, быстрого восстановления дренажной функции слуховой трубы и к прекращению гноеотечения из уха.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО РЫБЬЕГО ЖИРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность. Одним из осложнений проведения общей анестезии при обширных комбинированных и реконструктивных операциях у онкохирургических больных пожилого возраста является развитие послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД). Ряд авторов связывают развитие ранней ПОКД с воспалением нервной ткани в ответ на хирургическую агрессию и повышением уровня провоспалительного цитокина фактора некроза опухоли (ФНО), что в свою очередь приводит к активации микроглии в ткани мозга. Противовоспалительные эффекты жировых эмульсий на основе рыбьего жира описаны, и их протективное действие на нервную систему в послеоперационном периоде, путем уменьшения провоспалительных цитокинов подтверждены на лабораторных животных. Однако до сих пор нет подтверждающих результатов их положительного влияния в клинической практике.

Материал и методы. Нами был предложен способ профилактики ПОКД, основанный на способности препаратов рыбьего жира снижать активность провоспалительных цитокинов и соответственно степень ПОКД. Было проведено двойное слепое рандомизированное исследование 52 пациентов после абдоминальных онкологических операций, разделенных на 2 группы. В основную группу были включены 26 пациента, получавшие непрерывную инфузию раствора «Омегавена» содержащий рыбий жир со скоростью 0.05 мл/кг/ч за 1 час до операции, интраоперационно и в течение 5 дней после оперативного вмешательства и контрольную группу, в которую были включены 32 пациента, получавшие стандартную терапию.

Результаты. На 2-е сутки после операций мы отметили значимый прирост провоспалительных маркеров в обеих группах, однако в основной она была значимо меньше чем в контрольной (ФНО 0.36 ± 0.3 в основной и 0.62 ± 0.15 в контрольной, $p = 0.005$). Проведенный анализ выявил высокий уровень корреляции между увеличением концентрации ФНО на 2-е сутки и снижением скорости реакции в нейродинамических тестах. Таким образом нами было выявлено, что ранняя ПОКД развилась у 81% пациентов в группе без рыбьего жира ($N=23$) и у 52% в группе с рыбьим жиром ($N=15$), ($p=0.000001$)

Выводы. Таким образом, у пациентов, получавших рыбий жир, в послеоперационном периоде показатели нейropsychологического статуса в послеоперационном периоде оказались лучше в сравнение с пациентами, которые его не принимали. Способ доступен, легко воспроизводим, но требует для постоянного введения использования инфузионного насоса.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛИРИЯ В РЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Введение. Нарушение сознания часто возникает у пациентов, находящихся в критическом состоянии. В общетерапевтической практике когнитивные дисфункции встречаются у 20% больных, преимущественно пожилого возраста; в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) - в 80% наблюдений. Среди осложнений инфаркта миокарда психоэмоциональные расстройства встречаются у 30–80% пациентов. Прогностически значимая роль среди них отводится делирию. В литературе недостаточно данных о частоте возникновения и особенностях течения делирия при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в ОРИТ, поэтому изучение данного вопроса представляется актуальным.

Цель. Выявить частоту встречаемости и особенности клинического течения делирия при ОИМ в условиях ОРИТ.

Материал и методы. Проведено обследование больных, поступивших в ОРИТ Клиники АГМИ г. Андижана в период 2018-2019 года.

Критерии включения в исследование: 1) диагноз инфаркта миокарда, установленный согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ (2007); 2) когнитивные нарушения, отмеченные согласно шкале скрининга делирия (Stawicki S.P., Gerlach A.T., 2008); 3) острое начало когнитивных нарушений.

Критерии исключения: 1) органическая патология головного мозга; 2) употребление психоактивных веществ в анамнезе; 3) наличие когнитивного расстройства в анамнезе (деменция).

На основании критериев включения и исключения в исследование включено 128 больных, средний возраст $68,0 [59,0-76,7]$ лет. Делирий диагностировался с помощью критериев опросника ОРИТ (Метод оценки спутанности сознания для отделения реанимации и интенсивной терапии) (Ely E.W., Margolin R., 2001). Для нейропсихического тестирования использовались скрининговые тесты и оценочные шкалы. Тестирование по опросникам и шкалам проводилось 2 раза в сутки. Оценка проводилась в несколько этапов: 1 этап: для оценки остроты и волнообразности изменений психического статуса применялась шкала Nu-DESC (Шкала скрининга делирия для медицинских сестёр) (Stawicki S.P., Gerlach A.T., 2008); 2 этап: оценка боли осуществлялась с помощью шкалы BPS-NI (поведенческая шкала боли не интубированного пациента) (Stawicki S.P., Gerlach A.T., 2008); 3 этап: оценка уровня сознания шкала RAAS (Ричмондская шкала возбуждения и седации) (Curtis N. Sessler, Mark S. Gosnell, 2002); 4 этап: тест на зрительную память (Тест на запоминание 5 картинок); 5 этап: оценка мышления (Тест на простое логическое заключение) (Замятин М.Н., Гороховатский Ю.И., Вахляев А.В., 2014). Если больной по результату теста RAAS отличался от нуля и/или результат теста на мышление оказывался более 1 балла - диагностировался делирий. Необходимо отметить, что формальная диагностика делирия требует подтверждения острого начала и волнообразного течения (Maegher D., 2001), поэтому данные о недостаточной когнитивной функции, определённой с помощью оценочных шкал, дополнялись критериями международной классификации болезней, применяемые дежурным психиатром с соответствующим занесением в историю болезни.

В зависимости от продуктивности психического статуса больного делирий распределялся на следующие виды. Если клиника характеризовалась гиперпродукцией, возбуждением, беспокойством (пациент пытался сорвать трубки, провода и др.) делирий оценивался, как гиперактивный; гипоактивный делирий характеризовался отстранённостью, уплощённым эффектом, апатией, вялостью. Делирий оценивался как смешанный, если состояние больного характеризовалось чередованием двух вышеперечисленных ситуаций.

Результаты. В исследование включено 104 пациента (43,3% женщин и 56,7% мужчин). Установлено, что делирий развивался у 28,8% обследованных, среди мужчин в 30,5% случаев, среди женщин – в 26,6%. Установлено, что делирий чаще развивался в двух возрастных группах 60-74 и 75-89 лет. Количество случаев делирия в этих возрастных группах составило 86,6% от общего количества всех эпизодов делирия. Средний возраст в группе делирия составил 76,0 [66,5–82,3] лет, в группе без делирия – 65,5 [56,8–75,0] лет. Делирий чаще развивался на 1-2 сутки нахождения в ОРИТ. Средняя продолжительность делирия составила 7,7 [5,2–9,4] суток.

Гипопродуктивная форма делирия выявлена в 72,1% случаев, гиперпродуктивная – у 18,6% пациентов, смешанная – у 9,2% обследованных. Таким образом, гипопродуктивная форма делирия встречалась достоверно чаще, чем гиперпродуктивная и смешанная.

В самой молодой группе, до 44 лет делирий, не регистрировался. Проводя статистический анализ полученных данных, была установлена достоверная прямая связь между развитием делирия в реанимационном периоде и длительностью пребывания в ОРИТ. Длительность пребывания в ОРИТ у пациентов без делирия в среднем составила 1,0 [1,0–2,0] дня, а в группе с делирием 6,0 [5,0–8,5] дней ($p<0,05$), при этом длительность пребывания в стационаре составила 14,0 [12,0–15,0] и 16,0 [10,0–20,3] дней соответственно.

В ходе исследования установлен высокий уровень летальности у пациентов в группе с делирием, в которой умерло 28,6%, что на 16% выше уровня летальности в группе без делирия (12,7%) ($p<0,05$). Установлена связь между видом делирия и смертностью: уровень смертности среди пациентов с гипоактивным делирием составил 42,0%, в то время как уровень смертности при гиперактивном делирии составил 33,0%. В группе пациентов со смешанной формой делирия летальных исходов не было, что возможно связано с относительно редким возникновением данного вида.

Выводы. 1. Делирий, диагностируемый опросником МОСС-ОРИТ, является частым осложнением ОИМ в реанимационном периоде лечения и встречается в 28,8% случаев.

2. Возникновения делирия у больных ОИМ наиболее вероятно в возрастных группах 60-74 и 75-90 лет.

3. Наличие делирия увеличивает длительность пребывания пациента в реанимационном отделении в 6 раз.

4. При возникновении делирия значительно повышается риск летального исхода в реанимационном периоде лечения острого инфаркта миокарда.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность. Больные острым панкреатитом составляют ежегодно 15-25% от общего числа пациентов хирургического профиля и занимают 3-е место после больных с аппендицитом и холециститом. Высокая летальность, связанная с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся высокой частотой развития панкреатогенного шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойнонекротическими осложнениями. «Оптимизация управления ресурсами и качеством в анестезиологии и реаниматологии»

Цель работы: определить эффективность психофармакологических препаратов в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом алкогольной этиологии, сопровождающегося панкреатогенным перитонитом.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 102 больных с деструктивным панкреатитом алкогольной этиологии. Пациенты 1-ой группы получали стандартную комплексную терапию, у больных 2-ой группы дополнительно использовались препараты снижающие энергетические потребности мозга, (актовегин 1 г/сут, цитофлавин по 20 мл 2 раза в сутки, вит. «С» 60 мг/сут., вит. «Е» 30 мг/кг в/м, далаггин 2,8 мг/кг). Оценку тяжести состояния определяли по шкале Ranson (1974), APACHE II были изучены больные с оценкой по шкале Ranson более 4 баллов, APACHE II более 9 баллов.

Результаты и обсуждения: Интенсивная терапия в первые трое суток была направлена на восстановление гемодинамики, регидратацию, коррекцию нарушений КОС и водно- электролитного обмена, поддержание оптимального уровня доставки кислорода, блокаду секреторной функции поджелудочной железы, купирование болевого синдрома. Проводили, экстракорпоральную детоксикацию (программированный дискретный плазмаферез), антибактериальную и нутритивную терапию и назначали препараты, снижающих энергетические потребности мозга: диазепам- 0,1 мг/кг струйно или ГОМК 4-8 г/сут, а так же препараты улучшающие микроциркуляцию (эуфиллин - 3,2 мг/кг, пентоксифиллин - в/в капельно 100 мг, актовегин 1г/сут, цитофлавин по 20 мл 2 раза в сутки, вит. «С» 60 мг/сут., вит. «Е» 30мг/кг в/м, далаггин 2,8 мг/кг, преднизолон 90-120 мг/сутки); с целью оптимизации обмена нейротрансмиттеров проводили круглосуточную инфузию допамина в дозе 200 мг/сут через инфузомат; для профилактики стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - лосек 80 мг/сут.

Дальнейшая профилактика психоневрологических расстройств зависит от степени тяжести клинического течения острого деструктивного панкреатита. У больных 1-ой группы продолжали применения медикаментозных средств, снижающих энергетические процессы мозга, введены антиоксиданты и стресс-протекторные препараты улучшающие микроциркуляцию. На 4-5 суток применяли препараты, нормализующие метаболические процессы в мозге; продолжали проводить парентеральное питание. При поступлении у всех пациентов имелось этиопатогенетически обусловленное поражение ЦНС, клинически проявляющееся нарушением сознания коматозное состояние 1-2 СТ.

В ходе лечения у всех больных была отмечена положительная динамика, выражающаяся в активации сознания. У пациентов 1-ой группы отмечался выход больных на более высокий уровень сознания после первых суток терапии. У

больных 2-ой группы на 1-2 сутки уровень угнетения сознания снижался до 5-8 баллов, что достоверно отличалось от состояния больных, получавших стандартную терапию. Непосредственный положительный клинический результат рекомендуемого лечения получен у 84,4%, при стандартной терапии в 69,4% больных.

Панкреонекроз сопровождается развитием синдрома эндогенной интоксикации, в котором, кроме ведущих симптомов комплексов, выходят на ведущие позиции различные по тяжести нервно-психические расстройства. Развитие панкреонекроза на фоне алкогольного панкреатита, происходит на изначально патологической основе: наличие висцеральной полинейропатии, токсических изменений интрамурального аппарата поджелудочной железы, энцефалопатии, изменение функций большинства систем организма, а также нарушение практически всех нейромедиаторных процессов.

Заключение. Различные варианты нарушений в мозговых структурах у больных панкреонекрозом дают обоснование для включения в комплекс лечебных мер препаратов направленных на оптимизацию обмена нейротрансмитеров, антидепрессантов, ноотропов, антигипоксантов.

МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ: ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Клиника АГМИ и Департамента здравоохранения г. Андижан Современные методы прогнозирования позволяют повысить эффективность лечения у больных в критическом состоянии, при этом в качестве основного инструмента используют современные интегральные шкалы оценки тяжести состояния (APACHE, SOFA, SAPS, MODS и другие). Несмотря на достаточную точность прогноза, эти шкалы крайне сложно применять у больных с продолжающимся кровотечением из-за недостатка информации и дефицита времени для обследования. Прогнозирование исходов заболевания или травмы у больных с кровотечением основано на определении причин, объема и тяжести кровопотери. При оценке последней чаще всего используют классификацию ВОЗ, а в нашей стране – классификации П.Г. Брюсова (1996 г.) или А.И. Воробьева (2002 г.). Все классификации основаны на клинике, в большей степени описывают качественные характеристики, из-за чего отсутствует возможность индивидуализировать оценку тяжести состояния больных. К тому же ни одна из имеющихся интегральных шкал не позволяет оценить результаты интенсивной терапии и конкретизировать риски постгеморрагических осложнений, в том числе связанные с индивидуальной реакцией больного.

При поступлении пациентов с продолжающимся кровотечением достаточную информацию о тяжести состояния и прогнозе дает комплексный анализ четырех показателей

– возраста, среднего АД, гематокрита и SvO₂ (чувствительность 99,8%, специфичность 92,9%). Максимальный риск летального исхода и постгеморрагических осложнений представляет комбинация артериальной гипотензии (среднее АД ниже 60 мм рт.ст.), тяжелой анемии (Ht менее 12%) и нарушений кислородного баланса (SvO₂ ниже 44%).

Индивидуальную защитную реакцию организма можно оценить по изменениям иммунной системы, которая в норме включает лейкоцитоз, гранулоцитоз, лимфопению, повышенное содержание лимфоцитов на ранних и поздних стадиях апоптоза и погибших иммунокомпетентных клеток. При крайней тяжести состояния и неблагоприятном прогнозе заболевания/травмы у больных изменяется норма реакции. К ранним неблагоприятным признакам необходимо отнести лейкопению, нормальное содержание лимфоцитов, нейтропению, отсутствие процессов индукции апоптоза, повышенное содержание клеток в состоянии позднего апоптоза и погибших лейкоцитов.

Компенсация ОЦК и утраченных эритроцитов при интенсивной терапии кровопотери должна завершиться стабилизацией физиологических показателей и параметров гомеостаза. Из большого спектра показателей наиболее значимы объем учтенной кровопотери, среднее АД, Ht и содержание лактата крови (чувствительность прогностической модели 93,2%, специфичность 89,8%). Кровопотеря более 40% ОЦК, анемия среднетяжелой и тяжелой степени (Ht менее 31,7%), артериальная гипотензия (среднее АД ниже 50 мм рт.ст.) и повышенное содержание лактата крови (2,5 ммоль/л и более) являются ранними предикторами неудовлетворительных результатов интенсивной терапии острой кровопотери. В пользу нормальной реакции иммунной системы и благоприятного прогноза заболевания/травмы свидетельствуют незначительные изменения концентрации погибших клеток и содержания лимфоцитов в состоянии раннего и позднего апоптоза после компенсации ОЦК и восстановления перфузии тканей. В качестве предвестника иммунных нарушений и постгеморрагических гнойно-инфекционных осложнений можно использовать высокое содержание лимфоцитов в состоянии раннего и позднего апоптоза и погибших иммунокомпетентных клеток (чувствительность 86%, специфичность 69%).

Реакцию иммунокомпетентных клеток также можно использовать при прогнозировании продолжительности стационарного лечения больных с острой кровопотерей. Так, при содержании лимфоцитов в состоянии позднего апоптоза до начала компенсации кровопотери в диапазоне значений 0,42-0,71*10⁹/л (норма реакции) продолжительность стационарного лечения оставалась относительно стабильной. При отклонении показателя от этих значений продолжительность койкодня резко увеличивалась (чувствительность 85%, специфичность 74%).

Контроль показателей гемодинамики, кислородного баланса является обязательным условием компенсации острой кровопотери. Помимо высокотехнологичных методов мониторинга, оценивать тяжесть состояния в динамике на фоне общепринятой компенсации острой кровопотери позволяет минимальный набор характеристик системной гемодинамики, гомеостаза, показателей красной крови. Дополнительную информацию об индивидуальной реакции организма на ишемию и реперфузию, инфузионно-трансфузионную терапию и хирургические манипуляции предоставляет исследование реакции иммунокомпетентных клеток, которое расширяет возможности рутинной оценки состояния по показателям кислотно-основного состояния крови и содержанию лактата крови.

Комплексный анализ физиологических параметров, показателей гомеостаза и реакции иммунокомпетентных клеток может быть важным ориентиром в практическом прогнозировании индивидуальных результатов лечения острой кровопотери, индивидуального риска гнойно-септических осложнений и продолжительности стационарного лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОНОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ «С»

Соипова Г.Г., Фозилов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Гепатит «С» - этим термином обозначают инфекционное заболевание, возбудителем которого является особый гепатотропный РНК – содержащий вирус HCV. В настоящее время выделяют 7 генотипов, 88 подтипов (субтипов) и 9 межгенотипных рекомбинантных штаммов вируса гепатита «С». Инфекция распространяется через кровь. Заражение чаще всего происходит при употреблении инъекционных наркотиков вследствие использования шприцев, на стенках которых содержатся остатки крови с вирусом. Переливание донорской крови, которая содержит вирус и непреднамеренное применение при оказании медицинской помощи нестерильного инструментария также являются факторами крайне высокого риска заражения гепатитом «С». Хронический вирусный гепатит «С» - имеет длительное вялое течение со скудными проявлениями, почти закономерно ведущее к развитию цирроза и рака печени. Это самый распространенный вид гепатитов, из всех случаев хронического гепатита - 90% обусловлено вирусом гепатита «С».

Цель исследования. Изучить сочетаемость клинико-лабораторных проявлений хронического гепатита «С», с эхоскопическими изменениями в паренхиме печени, выявляемыми при ультразвуковом исследовании.

Материал и методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось ультразвуковым аппаратом кардиологический 3,5-5 MHz.

Полученные результаты. Всего было обследовано 104 больных с вирусным гепатитом «С», средний возраст составил 34.5 (25-44), длительность заболевания 4,7 (1,6—7,8) года.

Для обследования были взяты результаты больных Андижанского ЧМП «Internist shifo». Диагноз вирусный гепатит «С» устанавливался серологическими методами, основанных на обнаружении специфических антител к вирусу (anti-HCV), молекулярно-биологическим методами, основанными на выявлении РНК вируса (реал-тайм ПЦР).

При обследовании больных было проведено трансабдоминальная эхоскопия в серошкальном режиме. Ультразвуковое подтверждение эхоскопических изменений были основаны следующими показателями:

у 21 (20.2%) больных с лёгкой степенью выраженности отмечались незначительные увеличения размеров правой доли печени, повышение эхогенности, выраженной зернистости или незначительной мелкоочаговой неоднородности паренхимы; у 49 (47.1%) больных с умеренной степенью выраженности процесса отмечались увеличение размеров за счёт правых и левых отделов, по сравнению с нормой- менее отчетливой дифференциацией капсулы, закругление нижнего края, увеличение угла и равномерное повышение эхогенности; у 34 (32.7%) больных с тяжёлой степенью выраженности отмечались: неровность и «истончение» контуров диафрагмы, неравномерная зернистость, высокая эхогенность с участками неоднородности, неотчетливые контуры и обеднение сосудистого рисунка.

Выводы. Результаты данного обследования показали, что при ультразвуковом исследовании больных с хроническим вирусным гепатитом С, можно получить достоверные изменения в паренхиме печени ассоциированные с клинико-лабораторными данными у этой категории больных.

ДОПЛЕРО И ЭЛАСТОГРАФИЯ – КАК КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФИБРОЗИРОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ «С».

Соипова Г.Г., Фозилов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Печень относится к числу органов, обладающих уникальной способностью полностью восстанавливаться после перенесенного острого повреждения. В тоже время при хроническом многолетнем поражении клеток печени вирусом HCV на фоне активного некротизационного процесса происходит постепенное замещение погибших печеночных клеток фиброзной соединительной тканью, приводящей в итоге к значительному фиброзированию паренхимы с вытекающими последствиями. Для оценки тяжести и распространенности патологического процесса в печени до недавнего времени использовалась травматичная, малая операция пункционная биопсия печени, имеющая широкий спектр противопоказаний к ее проведению.

Целью исследования явилось изучение критериев информативности неинвазивных методов ультразвукового исследования печени (с доплерометрией и эластометрией) в сопоставлении с гистологическим исследованием биоптата, полученного при пункционной биопсии.

М

а
т
е

Результаты исследования. Всего было обследовано 104 больных с вирусным гепатитом «С», средний возраст составил 34.5 (25-44), длительность заболевания 4,7 (1,6—7,8) года.

При исследовании оценивали ультразвуковые свойства печени и селезенки (контуры, структура, размеры). При импульсной доплерографии и цветовом доплеровском картировании сосудов брюшной полости изучались размеры и скорость кровотока в воротной и селезеночной венах. А также оценивались изменения в общей печеночной и селезеночной артериях. В каждом сосуде измеряли диаметр (D), определяли максимальную систолическую скорость кровотока (Vmax), конечно-систолическую и диастолическую скорость кровотока (Vmin), максимальную линейную скорость кровотока, усредненную по времени (TAMX), рассчитывали объемную скорость кровотока (Q). Также оценивалась форма спектра доплеровского сдвига частот.

е
т
о
д
ы
.

Статистическая обработка полученных данных исследования, проводилась по общепринятым методикам. Количественные данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm m$), а также минимального (min) и максимального (max) значений. Для сравнения результатов использовался критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при $P < 0,05$.

Обнаружены значительные нарушения доплерографических показателей венозного и артериального кровотока. Полученные результаты позволяют использовать данные методы для количественной оценки кровотока при проведении мониторинга эффективности комплексной терапии.

Интерпретация показателей эластографии проводилась на основании таблицы соответствий: если F_0 – менее 6,2 Кпа, указывает на отсутствие фиброза, F_1 – 6,2–8,3 Кпа – минимальные фибротические изменения печени, F_2 – 8,3–10,8 Кпа – умеренные фиброзные изменения печени, F_3 – 10,8–14 Кпа – выраженные фиброзные изменения печени.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что порто-печеночная гемодинамика изменяется в зависимости от степени выраженности фиброзного процесса в печени. Эластометрия печени в свою очередь дает возможность быстро оценить степень фибротических изменений печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А., Тошгозиева М.Р.

Андижанский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день послеоперационная лучевая терапия проводится на современных аппаратах, которые позволяют осуществлять местный контроль над опухолью и добиваться конформности облучения со снижением лучевой нагрузки на критические органы и ткани. Однако, применяемая фотонная терапия является редко-ионизирующим излучением, а рак молочной железы – заболевание с относительной радиорезистентностью. В дальнейшем возникающие рецидивы опухоли, в силу своей радиорезистентности, трудно поддаются лечению. В связи с этим, имеющаяся в нашем арсенале нейтронная терапия (НТ), как плотно-ионизирующее излучение, более эффективна.

Представлены данные отечественных исследователей по применению сочетанной фотонно-нейтронной терапии (ФНТ) у больных местно-распространённым РМЖ, свидетельствующие о хороших непосредственных и отдалённых результатах. Так, десятилетняя выживаемость без признаков болезни после ФНТ у пациенток с данной формой заболевания составляет 29,5%, после фотонной терапии (ФТ) – 7,4%.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты и эффективность комплексного лечения с применением адъювантной лучевой терапии (АЛТ) различного объема облучения у больных операбельным раком молочной железы с учетом основных прогностических факторов.

Материалы и методы. В исследовании представлены результаты комплексного лечения 154 больных РМЖ стадии $T_1-T_3N_0-N_3M_0$ с использованием нео- и адъювантной химиотерапии по схемам CMF, CAF и/или гормонотерапии, радикальной мастэктомии и адъювантной лучевой терапии. В зависимости от объема послеоперационной лучевой терапии больные были распределены на две группы: в I группе ($n=48$) проводилась дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) на зоны регионарного лимфооттока в стандартном режиме СОД 40–44 Гр; во II группе ($n=55$) дополнительно проводилось облучение области послеоперационного рубца СОД 38–44 изоГр.

Сравнительный анализ отдаленных результатов показал значимое снижение числа местных рецидивов, а также повышение показателей пятилетней безрецидивной и общей выживаемости в группе больных РМЖ, получавших адъювантную лучевую терапию на зоны регионарного лимфооттока и область послеоперационного рубца. Для планирования адекватного облучения и минимизации местных лучевых реакций нормальных тканей необходимо учитывать клинико-морфологические факторы прогноза заболевания.

Результаты. В I группе у 13 (16%) больных наблюдались местные рецидивы РМЖ, локализованные преимущественно в области послеоперационного рубца. В 77% случаев местные рецидивы возникали в течение первых двух лет с момента операции. Во II группе местные рецидивы РМЖ наблюдалось только у 4 (5,4%) пациенток. Показатели трехлетней безрецидивной выживаемости в I группе составили $84,9 \pm 5,7\%$, во II группе – $92,6 \pm 4,2\%$. Показатели безметастатической выживаемости за аналогичный период времени в I группе составили $72,6 \pm 7,1\%$, у больных II группы – $79,6 \pm 6,1\%$. Было выявлено, что достоверными факторами высокого риска местного рецидивирования явились: мультицентричный характер роста, низкая степень дифференцировки опухолевых клеток, а также клинические параметры – распространенность опухолевого процесса, возраст больных до 45 лет и наличие сохраненной менструальной функции.

Выводы. Полученные данные позволяют осуществлять планирование АЛТ с учетом клинических и морфологических факторов прогноза заболевания. В группе пациенток с высоким риском развития местного рецидива – обеспечить адекватный объем лучевой терапии и, как следствие, увеличить показатели безрецидивной выживаемости; у больных с низким риском – сократить объем облучения и уменьшить число лучевых повреждений нормальных тканей.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ТРАМ-ЛОСКУТОМ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Сотволдиев К.Х. Урманбаева Д.А., Ишанчаева Н.
Андижанский филиал Республиканского научно-практического
медицинского центра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Рак молочной железы по-прежнему является серьезной проблемой современной онкологии. Но, несмотря на значительные успехи клинической онкологии, остается ряд нерешенных вопросов. Один из них - тактика в случаях значительного местного распространения злокачественных опухолей молочной железы, осложненных распадом опухоли, инфицированием, кровотечением. Чаще всего в таких случаях классическое хирургическое лечение не может быть выполнено, а проведение консервативного лечения противопоказано.

В то же время хирургическое удаление первичной опухоли в пределах здоровых тканей, то есть увеличение объема удаляемых тканей с одномоментным пластическим закрытием дефекта передней грудной стенки, избавляет больных от интоксикации и позволяет проводить в последующем системное специфическое лечение рака или саркомы молочной железы.

Цель исследования. Определить эффективность использования расширенной модифицированной радикальной мастэктомии (РМЭ) с пластикой дефекта передней грудной стенки ТРАМ-лоскутом для хирургического лечения местнораспространенного рака молочной железы (МРРМЖ).

Материал и методы исследования. В основу работы положены клинические наблюдения за 54 больными местнораспространенным раком молочной железы.

Результаты исследования. Представленные результаты наглядно демонстрируют значение и целесообразность активной хирургической тактики на первых этапах комплексного лечения МРРМЖ: проведенный анализ непосредственных и отдаленных (10-летних) результатов лечения больных, страдающих МРРМЖ, с использованием методики пластического закрытия обширного раневого дефекта ТРАМ-лоскутом выявил достоверное увеличение продолжительности жизни в данной группе больных при значительном улучшении её качества.

Основными показаниями к РМЭ с пластикой дефекта передней грудной стенки у больных МРРМЖ являются обширность поражения тканей передней грудной стенки, стремление к максимальному радикализму и стремление избавить больных от интоксикации, что позволяет проводить в последующем адекватное системное комплексное лечение с использованием лучевой, химио- и гормонотерапии. Безусловно, последующее проведение специальной противоопухолевой терапии в плане комплексного лечения обязательно.

В ряде случаев хирургического лечения МРРМЖ с использованием пластики дефекта передней грудной стенки ТРАМ-лоскутом был получен удовлетворительный косметический результат, что положительно отразилось на физическом, психологическом состоянии и качестве жизни пациенток.

Выводы. Представленные результаты наглядно демонстрируют значение и целесообразность активной хирургической тактики на первых этапах комплексного лечения МРРМЖ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

*Степанова Ю.А., Усмонов У.Д.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В.Вишневского»*

Объемное образование печени - понятие, включающее большую группу различных по этиологии и течению заболеваний, объединяющим признаком которых является истинное замещение функционирующей печёночной паренхимы единичными или множественными патологическими образованиями.

Цель исследования: определить основные критерии диагностики, выявить характер и причины ошибочной дооперационной дифференциальной диагностики очаговых образований печени гепатоцеллюлярной природы.

Материалы и методы. В период с января 2015 по февраль 2020 гг. НМИУ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России были обследованы (УЗИ, МСКТ и/или МРТ с контрастированием) и хирургически пролечены 83 больных с подозрением на очаговое образование печени гепатоцеллюлярной природы (мужчин – 39 (47,0%), женщин – 44 (53,0%), в возрасте от 22 до 76 лет). Морфологическая верификация образований: гепатоцеллюлярная гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – 58 (69,9%) больных, аденома – 13 (15,6%) больных, фокальная нодулярная гиперплазия печени (ФНГ) – 12 (14,5%) больных.

Результаты. Анализ целесообразно проводить отдельно по каждой нозологической форме, так как характер лучевого изображения напрямую связан со строением образования.

ГЦР – наиболее распространённая первичная злокачественная опухоль печени с истинным замещением функционирующей печёночной паренхимы. Результат малигнизации гепатоцитов. ГЦР развивается, как правило, на фоне цирроза печени и/или гепатита любой этиологии. Опухоль характеризуется выраженной неопластической васкуляризацией. На ранних стадиях гепатоканцерогенеза повышение степени тканевого и клеточного атипизма сопровождается уменьшением числа портальных трактов. В дальнейшем отмечается снижение портального кровотока и увеличение артериального. В представленном материале было 58 ГЦР у 34 мужчин и 24 женщин.

При внутривенном контрастном усилении повышение контрастирования ГЦР наблюдается преимущественно в артериальную фазу с активным вымыванием в дальнейшем.

Аденома печени – доброкачественная опухоль. Моноклональная природа опухоли (развиваются из одной клетки). В зависимости от молекулярных нарушений выделяют несколько видов аденом. Состоит из нормальных или атипичных

гепатоцитов, которые содержат повышенное количество гликогена, в результате чего имеют более крупные размеры и более бледную окраску. Аденом может появляться большое количество, в этом случае говорят о гликогенозе 1-го типа. Иногда аденома может возникать из эпителия желчных протоков или иметь смешанное строение. Отсюда вариабельность изображения аденом при лучевой диагностике. Это очаговое образование с истинным замещением функционирующей печёночной паренхимы образованием, имеющим собственное, сформированное кровоснабжение. В представленном материале было 13 аденом у 4 мужчин и 9 женщин.

Умеренное и неоднородное накопление контрастного вещества в артериальную фазу, медленное вымывание, гипоконтрастное изображение в портальную и отсроченную фазы являются признаками, которые могут вызывать неправильную интерпретацию аденомы как ГЦР.

ФНГ – образование морфологически представлено практически нормальными компонентами печёночной паренхимы. Это не истинный опухолевый процесс, а очаговая пролиферация гепатоцитов, развивающаяся в результате локальной аномалии строения сосудов печени. Поликлональная природа образования (нет общей клетки-предшественницы). Основным отличием узловой гиперплазии является наличие в центральной части образования звездчатого рубца с отходящими от него фиброзными прослойками. Истинного замещения функционирующей печёночной паренхимы нет. Кровоток представлен всеми тремя сосудами, кровоснабжающими печень. В представленном материале было 12 ФНГ у 1 мужчины и 11 женщин.

В артериальную фазу образование становится гиперинтенсивным с гипоинтенсивным центральным рубцом. В портальную фазу оно также гиперинтенсивное с нечеткими контурами и гипоинтенсивным центральным рубцом. В гепатобилиарную фазу очаг практически не визуализируется, становится изоинтенсивным с окружающей печеночной паренхимой, так как гепатоциты накапливают контраст, остается виден лишь центральный рубец, обычно площадь его существенно уменьшена, а интенсивность сигнала повышена, что обусловлено контрастированием соединительной ткани. Если окружающая паренхима изменена (например, цирроз печени), то контрастирование может быть неоднородным и «смазанным» по характеристикам.

Выводы. Знание нюансов лучевой диагностики очаговых образований печени гепатоцеллюлярной природы, основанных на их морфологических особенностях, позволяет проводить более чувствительную дифференциальную диагностику.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РИХТЕРОВСКОМ УЩЕМЛЕНИИ

*Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Кучкаров Ж.С., Абдурахимов Ш.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

При Рихтеровском ущемлении кишка сдавливается не на всю величину своего просвета, а лишь частично, обычно в участке, противолежащем брыжеечному её краю. В данном случае не возникает механической кишечной непроходимости, но имеется реальная опасность некроза кишечной стенки со всеми вытекающими отсюда последствиями. Вместе с тем диагностировать подобное ущемление достаточно сложно, из-за отсутствия выраженных болей. Пристеночному ущемлению чаще подвергается тонкая кишка, однако описаны случаи пристеночного ущемления желудка и толстой кишки. Этот вид ущемления никогда не встречается при грыжах большого размера, он характерен для небольших грыж с узкими грыжевыми воротами (бедренная, пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, глубокоом отверстии пахового канала при косой паховой грыжи).

По данным Кукуджанова Н.И. (1969), пристеночное ущемление по сравнению со всем ущемлённым грыжам составляет в среднем от 2- 4% .

В1-хирургическом отделении клиник АГМИ были оперированы 351 больных с ущемлёнными грыжами. Из них: 276 (79,3%) паховыми, 45 (12%) вентральными, 30 (8,2%) бедренными грыжами. Из всех оперированных больных с ущемлёнными грыжами 13 (3,7%) составляет с Рихтеровском ущемлениями. По полу: 10 мужчин и 3 женщин. По возрасту: 30-40 лет -1, 51-60 лет - 5, 61-70 лет - 3, 71-80 лет - 3, старше 80 лет - 1. По сроком обращений: до суток - 2, до 2 суток - 7, позже 5 суток 1, после 7 суток 1, после 10 суток 2. По локализации: после операционный вентральный - 1, при косых паховых грыж - 2, бедренные - 10. По характеру содержимого грыжевого мешка: стенка тонкой – 11, сигмовидной кишки – 2. По характеру операции

в 7 случаях в связи сохранением жизнеспособности ущемленной стенки кишки и за пределами её кишечник была вправлена в брюшную полость. В 1 случае когда имел место некроз ущемленной стенки сигмовидной кишки с последующим развитием разлитого калового перитонита. Операция заключалась в санации и дренировании брюшной полости выведением не брюшной стенки дефект сигмы по типу сигмостомы. В 3 случаях больным поступившим на 7-10 сутки от начала заболевания связи с распространением некроза стенки кишки за пределами странгуляционной броды её, была произведена резекция тонкой кишки с наложением анастомоза бок в бок. А в 2 случаях после освобождения от ущемляющего кольца измененный участок тонкой кишки, после введения в брыжейку её теплого раствора 0,5 % - 50мл новокаина последующим окутыванием салфеткой смоченной тёплым физиологическим раствором были конституированы трофические нарушения в приделах странгуляционной борозды с сформировавшимся свищем в центре её до 2 мм. По этому 1-м случае когда диаметр странгуляционной борозды составил до 1 см измененная часть стенки кишки удалось погрузить наложением кисетного серозно-мышечного и Z образного серозно-серозных швов. А во 2 м случае измененная участка стенки кишки диаметром до 2,5 см погружение ее производили с помощью узловых серозно-мышечных швов в поперечном направлении. На 4 сутки после операции осложнилась тонкокишечной непроходимостью, которая разрешалась после проведенных комплекс консервативных мероприятий. 8 сутки был выписан домой. В после операционном периоде наблюдались 2 осложнения: В 1 случае, как было указано выше, тонкокишечная непроходимость, а в другом случае несостоятельность швов культи приводящей петли тонкой кишки на 7 сутки после операции, что было ликвидировано во время релапаротомии. Летальность наблюдалось в 1 (7,6%) случае. В литературе нет единого мнения о характере погружающих швов в зависимости от размеров некроза в пределах странгуляционной борозды при Рихтеровском ущемлении, в частности Кукуджанов Н.И. 1969г. и Литман И. 1982г.

рекомендуют погружение изменённой части стенки кишки узловыми швами. По их мнению, один из недостатков погружающих швов является возможность развития кишечной непроходимости при охвате наибольшей участки стенки кишки. С учётом выше указанного и небольшого нашего опыта во избежание развития кишечной непроходимости после применения погружающих швов предлагаем следующие варианты органосохраняющих операций при Рихтеровском ущемлении;

1. При некрозе стенки ущемленной кишки до 1 см погрузить его в просвет кишки кисетном и Z образными швами.
2. Если диаметр измененной части стенки кишки составляет до 2 см, рекомендуется погрузить его узловыми швами в поперечном или косом направлении.
3. При наличии некроза стенки кишки более 2 см рекомендуется иссечение измененной части стенки кишки с последующим восстановлением целостности его в поперечном направлении.
4. При отсутствии возможности сохранения стенки кишки с бржеечной к её сторонам произвести резекцию кишечника.

ОРАЛИҚ СОҲА ЛИМФАНГИОМАТОЗИНИ ДАВОЛАШДА СКЛЕРОТЕРАПИЯДАН ФОЙДАЛАНИШ

*Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Кучкаров Ж.С., Лубинцова О.В., Ахмадалиев С.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Қириш. Лимфангиоматоз — лимфа тизимининг кам ўрганилган патологияси бўлиб, ривожланиш нуксони сифатида кам учрайдиган касаллик каторига киради. Мазкур касаллик тўқималарда лимфатик стриктуранинг ўсиши билан характерланади. Ҳосил бўлган лимфатик бўшлиқларда хилиоз суюқлик йиғилиб, сўнггра тери орқали ташқарига ажралади. (Перельман М. И., Юстов И. А., 1984). Ҳозирги кунда лимфагиоматоз бўйича аниқ статистик маълумотлар мавжуд эмас. Клиник кузатувларга қўра, болалар ва аёллар кўпроқ касалланади. (Green H. D., Mollica A. J., Karouza A. S., 1995). Younathan C.M., Kaude J. V. (1992) Оралик соҳа лимфагиматози яхши сифатли ўсимталар сифатида капиляр, кистоз ва каверноз турларга бўлинади. (Беренбейн Б. А., 1989). Мазкур касалликни даволаш муаммолари долзарблигича қолмоқда (Миланов Н. О., Адамян Р. Т., Старцева О. И., Айрапетян Р. Г. 2001).

Мақсад: Оралик соҳа лимфагиматози билан касалланган беморларни даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва усуллар. Мазкур касалликни даволаш усули АДТИ клиникаси 1-жарроҳлик бўлимида йўлга қўйилган бўлиб, оралик соҳаси лимфангиоматозини самарали ва косметик жиҳатдан сифатли даволаш учун қўлланилади. Лимфагиматоз билан касалланган беморларда оралик соҳадан лимфарей кузатилиши оқибатида бир қанча асоратлар юзага келиши мумкин. Мазкур даволаш усулида кутилиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш ва мазкур касалликни кам инвазив даволашга қаратилган.

Оралик соҳа лимфагиматозини хирургик даволашдан сўнг лимфарей хавфининг ортиши ва дағал чандикли жараён ривожланиши сабабли қуйидаги муаммолар вазиятлар келиб чиқади. Лимфарей оқибатида беморнинг ҳаёт сифати оғирлашади. Лимфа суюқлиги билан бирга оксил минераллари, сув ва лимфоцитлар йўқотилади. Бунинг оқибатида иммун тизимда етарлича муаммолар келиб чиқиши мумкин. Ташриҳдан сўнгги дағал чандиклар эса оралик соҳа ҳаракатчанлиги камайишига, уретра ўтказувчанлигининг бузилишига ва жинсий фаолиятга салбий таъсир кўрсатади. Юқорида келтирилган асоратларнинг олдини олиш мақсадида оралик соҳа лимфангиоматозини даволашда склеротерапия муолажаси ишлаб чиқилди. Муолажани бажариш техникаси қуйидагича олиб борилади: оралик соҳа муолажадан 1 кун аввал туклардан тозаланади, муолажа куни спирт ва йод эритмаларида ишлов берилганидан сўнг этоксискеролнинг 05% эритмаси тери сатҳидан қўтарилиб чиққан лимфагиматоз ҳосиласига шприц ёрдамида юборилади. Этоксискерол юборилган соҳа 2-3 дақиқа давомида босиб турилади. Шу тартибда оралик соҳадаги барча лимфагиматоз ҳосилалар тери ости ёғ тўқимасига қадар склерозланади. Муолажа тугатилганидан сўнг босиб турувчи боғлам ва босиб турувчи кийим кийдирилади. Лимфагиматоз тугунлари сонига қараб муолажалар сони 1 тадан 5 та гача бўлиши мумкин. Муолажа ўтказилганидан 1 суткадан сўнг кўздан кечирилади. Муолажа самарадорлиги лимфагиматоз тугунларнинг кескин кичрайганлиги ҳисобланади.

Қаттиқлашганлиги ва лимфарей белгиларнинг мавжуд эмаслиги билан изоҳланади. Муолажадан сўнг антисептик воситалар билан ишлов бериш тавсия этилади. Текширилиши мумкин бўлган бундой ҳолатларда антигистаминпрепаратлар тавсия этилади.

Хулоса. Мазкур усулда даволангандан сўнг беморларда лимфарей тўхтади ва анъанавий даволаш усулидаги каби дағал чандикли жараён ва косметик ноқулайликлар кузатилмайди.

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ТАШРИҲДАН СЎНГГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАРИДА АЛЛОПЛАСТИКА АСОРАТЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Суюнов Д.М., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Пакирдинов А.С., Курбанов Х.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Хорижий маълумотларга қўра, қорин бўшлиғининг турли хирургик ҳасталиклари туфайли бажарилган лапаротомиялардан сўнг 6-11% ҳолатларда ташриҳдан сўнгги вентрал чурралар пайдо бўлади. (Мазурик М.Ф. хаммуалиф., 1985; Лешенко И.Г., Панов И.Ф., 1990; Mudqe V., 1998). Ҳозирги вақтда қорин олд девори чурралари билан бажарилаётган ташриҳлар сони ортиб бормоқда. (Дерюгина М.С., 2001; Белоконев В.И., с соавт. 2004). Қорин олд девори чурраларида бажарилган ташриҳлардан сўнгги ўлим кўрсаткичи 12-21 % ни ташкил этади. (Тоскин В.П., Жебровский В.В., 1983; Кочнев О.С., с соавт., 1991; Рольпиков И.М., с соавт., 2001). Маҳаллий тўқималар билан бажариладиган ташриҳлардан сўнг чурраларни қайталаниши 25 дан 60% гача кузатилмоқда. (Тимошин А.Д., с соавт., 2003). Шу сабабли ҳозирги кунда чурраларни радикал даволаш мақсадида аллопластика амалга оширилмоқда ва чурраларни радикал

даволашга эришилмоқда. Лекин аллопластика бажарилганидан сўнгги асоратлар: жароҳатнинг йиринглаши, серома ҳосил бўлиши ва аллоплантатни организмдан сиқиб чиқарилиши қабилар ошиб бормоқда.

Мақсад: қорин олд девори ташриҳидан сўнгги чурраларида «onlay» усулида бажарилган аллопластикалардан сўнгги асоратларнинг олдини олиш.

Материал ва методика: Бизнинг кузатувларимизга кўра, 20 нафар беморда қорин олд девори ташриҳдан сўнгги чурраларини «onlay» усулида бажарилган аллопластикалари таҳлил қилиб чиқилди.

Асосий гуруҳда 12 нафар бемор бўлиб, уларнинг 8 нафари аёллар, 4 нафари эркакларни ташкил этади. Назорат гуруҳида эса 8 нафар бемор бўлиб, уларнинг 6 нафари аёллар, 2 нафари эса эркакларни ташкил этади. Назорат гуруҳидаги беморлар қорин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикасида анъанавий бир қаторли чоклар билан аллоплантат киргюклар апонерозга мустаҳкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг қорин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикасида икки қаторли чоклар билан мустаҳкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Назорат гуруҳидаги беморларда дренаж найча орқали эксудатларнинг ажралиши миқдор ва сифат жиҳатидан асосий гуруҳдан кескин фарқ қила бошлади. Бунга сабаб шуки, «onlay» усулидаги аллопластика қорин оқ чизиги тикилганидан сўнг апоневроз устига маҳкамланади. Шу сабабли апоневроз тикилган соҳа бошқа жойларда 03-05 см гача кўтарилиб туради. Оқибатда аллоплантат қорин олд деворига тегиб турмайди ва апоневроз тикилган соҳаси ҳамда аллоплантат орасида масофа қолиши оқибатида аллоплантатнинг организмга ўзлаштирилиши қийинлашади ва яллиғланиш жараёни ривожланиб эксудат йиғилишига ва унинг йиринглаши, серомалар пайдо бўлиш хавфини оширади. Асосий гуруҳдаги бажарилган ташриҳларда эса аллоплантат киргюклари ва апоневроз киргюклари тикилган соҳасининг асосига ҳам бир қаторли узлуксиз чоклар қўйиб юқоридаги ҳолат бартараф этилади. Назорат давомида шу нарсани аниқландики, назорат гуруҳидаги 3 беморда жароҳатнинг йиринглаши кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморда назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 8 ҳафтагача давом этди. Асосий гуруҳда эса жароҳат йиринглаши кузатилмади. Асосий гуруҳда эса назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 2 ҳафтагача давом этди.

Хулоса: қорин олд девори ташриҳдан сўнгги вентрал чурраларида аллоплантатни қорин олд деворига оралиқ масофасиз икки қаторли узлуксиз чоклар билан мустаҳкамлаш ташриҳдан сўнгги асоратлар ривожланишининг олдини олишга хизмат қилади.

ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

*Тагаев К.Р., Мустафулов И.Б., Авазов А.А., Элмуродов Г.К.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей по частоте причиной смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта (В.С. Савельев с соавт., 2015).

Цель исследования. Изучение параметров системы гемостаза у обожженных с подозрением на ТЭЛА и их зависимость от тяжести поражения.

Материалы и методы. Нами было изучена частота ТЭЛА у 105 больных с различными по тяжести и локализации ожогами, в возрасте от 60 до 92 лет. Среди умерших (59) от ожогов, ТЭЛА выявлено у 15 больных (25,4%) и у 10 (16,9%) послужила непосредственно причиной летального исхода.

Результаты. Диагноз ТЭЛА был установлен на основании характерных клинических (диспноэ, боли в груди или синкопэ, кашель, кровохарканье, тахикардия), а также рентгенологических и электрокардиографических данных. У 4 больных тромбоэмболия развилась на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и постинфарктного кардиосклероза и у 2 – на фоне митрального порока сердца. Исследования показали, что к основным факторам риска относятся: глубокие ожоги свыше 25% поверхности тела (у 81); пожилой возраст больных (у 65); перенесенный инфаркт миокарда и геморрагический инсульт (у 28); глубокие ожоги нижних конечностей (у 78); частые пункции и катетеризации центральных вен (у 37); развитии гиперкоагуляции, выявляемое в предэмболическом периоде.

Нами разработана комплексная лечебная программа по профилактике ТЭЛА, в которую включили: антикоагулянты, низкомолекулярные декстраны, никотиновую кислоту, трентал, аспирин, тромбо-АС.

Основой профилактики венозных тромбозов у этой категории больных являются их ранняя активизация и эластическая компрессия нижних конечностей (предпочтительнее использовать с этой целью специальные эластические гольфы и чулки, обеспечивающие максимальное давление на уровне лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении) и гепаринотерапия.

При лечении тяжелообожженных с установленным диагнозом проводились консервативная терапия, включающая антикоагулянты и тромболитики, а также симптоматические средства. При этом большое значение придавалось выявлению источников эмболизации.

В результате внедрения в комплексную терапию летальность от ТЭЛА у тяжелообожженных снизилась от 16,9% (1999-2008 гг.) до 3,7% (2009-2019 гг.).

Вывод. Выявление факторов риска развития ТЭЛА благоприятствует решению вопросов диагностики, лечения, профилактики и снижению летальности.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ

Ташматова Ю.Ж., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.

Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Несмотря на определенные успехи профилактики рака и ранней его диагностики в онкологии, количество больных с далеко зашедшими формами опухолевого процесса остается стабильно высоким, составляя около 30-40% от общего количества онкологических больных. В эту гетерогенную группу входят пациенты с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования и больные, получившие специальное лечение с прогрессированием опухолевого процесса. При невозможности в настоящее время в рутинной практике контролировать микрометастазы и потенциал опухолевой прогрессии у каждого пациента и с учетом роста онкологической заболеваемости в глобальном масштабе все более актуальным становится адекватная организация паллиативного и симптоматического лечения, обеспечивающего приемлемый уровень качества жизни онкологических больных.

Цель исследования. Цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли, других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Методы исследования. В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются:

- инкурабельные онкологические больные;
- пациенты, перенесшие инсульт.

К контингенту больных с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в первую очередь необходимо отнести пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований.

Обсуждение. Согласно алгоритму, оказание паллиативной медицинской помощи производится врачами-терапевтами, врачами общей практики, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи или при взаимодействии с врачами специалистами по профилю основного заболевания пациента и другими врачами-специалистами. Необходимость согласования с врачебной комиссией, в случае назначения и выписки рецепта на наркотические и психотропные лекарственные препараты пациенту, определяет руководитель медицинской организации.

Во многом улучшение качества жизни онкологического больного и членов его семьи достигается благодаря адекватной обезболивающей терапии. Ведущую роль в этом играет квалификация лечащего врача и уровень знаний о порядке и способах оказания паллиативной помощи, информированность медицинских сестер, обслуживающих таких пациентов, а также знания самих пациентов.

Положение об обеспечении онкологических больных наркотическими средствами и психотропными веществами при оказании паллиативной помощи и прикрепляет к хосписам аптечные организации. Также руководителям стационаров предписывается направлять в поликлинические учреждения информацию о паллиативных пациентах за сутки до их предполагаемой выписки из стационара. Кроме того, приказ предусматривает организацию комплекса образовательных мероприятий, направленных на повышение специальных знаний среди участковых врачей.

Вывод. Таким образом, проблемы эффективной организации паллиативной помощи сегодня приобретают все большую актуальность — качественная медицинская помощь неизлечимо больным пациентам объединяет усилия системы здравоохранения, социальной защиты и общественных организаций. И здесь принципиально важны усилия всех заинтересованных сторон в целях повышения качества жизни таких больных.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИИ

Ташматова Ю.Ж., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.

Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Введение. Программа дополнительного профессионального образования «Актуальные вопросы паллиативной медицины в педиатрии» специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Педиатрия» является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в непрерывном медицинском образовании врачей. Сегодня паллиативная помощь детям развивается наряду с паллиативной помощью взрослым пациентам, и в некоторых развитых странах наметилась тенденция к формированию самостоятельной медицинской специальности и самостоятельного направления медико-социальной помощи детям.

Паллиативная помощь детям — это не только медицинская помощь и уход за детьми в терминальной стадии онкологических заболеваний. Речь идет о детях-подростках с различными нозологическими формами заболеваний состояний, угрожающих жизни, а также заболеваниями, как правило, приводящими к преждевременной смерти ребенка, его тяжелой инвалидизации, при которых необходимо оказание квалифицированной медицинской, психосоциальной помощи ребенку, а также психологической и духовной поддержки членам его семьи. Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для подготовки врачей-педиатров медицинских организаций, в том числе амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения.

Цель исследования. Целью обучения по программе дополнительного профессионального образования «Актуальные вопросы паллиативной медицины в педиатрии» является:

- получение теоретических знаний о паллиативной медицине как разделе медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного ребенка, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны;

- представлений о паллиативной медицинской помощи как комплексе медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимых пациентов;

- создание представления о паллиативной медицинской помощи как неотъемлемой части здравоохранения.

Методы исследования. Детей, нуждающихся в паллиативной помощи, принято делить на две группы — со злокачественными и незлокачественными (неонкологическими) заболеваниями. Большинство злокачественных заболеваний на сегодняшний день излечимо, но определенная часть этих больных нуждается в проведении паллиативных мероприятий в терминальной фазе заболевания.

Обсуждения. Установлено, что в настоящее время отмечены значительные темпы роста распространенности ряда заболеваний (в основном за счет детского населения в возрасте 0—14 лет): онкологических болезней ЦНС, и другие органы. Среди других нозологических форм, потенциально обуславливающих потребность в паллиативной помощи, следует отметить достоверное увеличение случаев системных поражений соединительной ткани, демиелинизирующих болезней ЦНС и врожденных аномалий системы кровообращения.

Это не противоречит данным литературы, свидетельствующим, что в связи со значительным снижением младенческой и детской смертности, повышением выживаемости глубококондоношенных детей, внедрением высокотехнологичных методик лечения ранее инкурабельных заболеваний в последнее десятилетие увеличивается количество детей-инвалидов с ограничивающими срок жизни заболеваниями.

Выявлены региональные особенности распространенности и тенденций в динамике заболеваемости по указанным нозологическим формам, что также следует учитывать при организации детской паллиативной помощи на местах.

Можно полагать, что развитие служб паллиативной помощи, внедрение элементов паллиативного подхода в педиатрическую практику с момента установления диагноза заболевания, которое может привести к сокращению продолжительности жизни, на всех уровнях оказания медицинской помощи будет способствовать повышению ее эффективности и улучшению качества жизни множества детей с тяжело протекающими хроническими заболеваниями.

Вывод. Таким образом, анализ данных официальной статистики по заболеваемости, потенциально обуславливающей потребность в паллиативной помощи, по классам болезней позволяет получить представление о динамике и структуре нозологических форм и использовать эту информацию для планирования, финансирования и предоставления помощи этим детям и их семьям. Однако отсутствие унифицированной, точной и постоянно обновляемой информации о численности населения данной возрастной группы детей, нуждающихся в паллиативной помощи, является препятствием в развитии и организации указанного вида помощи.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЕ В ОНКОЛОГИИ

Ташматова Ю.Ж., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центра онкологии и радиологии
Андижанский филиал*

Актуальность. Паллиативная помощь представляет собой активную помощь клиентам с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой, оказание помощи клиентам до самой смерти. Особое внимание уделяется в статье хосписам, организация работы которых, является наиболее эффективной формой разрешения проблем оказания паллиативной помощи инкурабельным больным, а также вопросам необходимости введения в штат паллиативной медицины социального работника, что позволит качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей.

Цель исследования. Главной целью паллиативной помощи является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшение общего самочувствия больного, находящегося в терминальной стадии заболевания. Поэтому элементы паллиативной помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного.

Методы исследования. Программа паллиативного лечения включает в себя ряд компонентов: 1) помощь на дому; 2) консультативная помощь; 3) дневные стационары. В программе паллиативной помощи специалисты обеспечивают как физический уход, так и поддержку эмоциональной и духовной сфер пациента и его семьи.

Обсуждения. Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения онкологического профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства - оказание помощи семьям, в которых живут онкологические больные. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи.

Концепция социально-медицинской работы в онкологии построена на принципе междисциплинарного подхода к осуществлению помощи больным со злокачественными новообразованиями. Такой принцип предполагает целью повышения эффективности терапии и качества жизни пациентов и их семей, одновременно с комплексным специальным лечением, оказание им и их семьям различных видов социальной и психологической поддержки на всех этапах специализированной помощи, от момента установления диагноза до выздоровления и возвращения этой категории лиц к прежнему социальному положению посредством участия в процессе лечения и диспансерного наблюдения помимо профессиональных онкологов и врачей различных специальностей, психолога и специалиста по социальной работе. Концепция строится на выделении обобщенных групп и работе с ними по дифференцированным, но соответствующим общим принципам социально-медицинской работы в онкологии программам помощи. Больные с онкопатологией - главный объект внимания социально-медицинской работы в онкологии. Главный, но не единственный, так как семья больного, занимая определенное место в команде, борющейся за его жизнь, принимает на себя часть проблем и тем самым сама превращается в объект заботы социальной службы.

Организация медицинской помощи больным с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей представляет собой одну из сложных и нерешенных до сих пор проблем. Однако не менее важной проблемой является оказание таким больным социальной помощи, в которой они нуждаются не меньше, а может быть и гораздо больше. У половины больных рак диагностируется в запущенных стадиях, когда полное излечение уже невозможно. Большинство онкобольных получают симптоматическое лечение в домашних условиях. Средняя продолжительность жизни таких больных колеблется от нескольких месяцев до 1,5 - 2 лет, при этом последние месяцы жизни больного, как правило, сопровождаются тяжелыми болями, связанными с прогрессированием основного заболевания и нарастающей кахексией. Несомненно, что многие из этих больных нуждаются в госпитализации.

Вывод. Таким образом, помимо лечения злокачественных новообразований, социально-медицинская работа с онкобольными включает в себя медико-социальное обслуживание инкурабельных больных, а также организацию хосписного обслуживания. Универсальность организации социально-медицинской помощи инкурабельным больным в хосписе является наиболее эффективной формой, которая позволяет более полно удовлетворить их социальные, психологические и медицинские нужды.

Введение в штат паллиативной медицины социального работника позволит реально повысить эффективность работы хосписа, качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей и скоординировать деятельность персонала на выполнение своих непосредственных обязанностей.

CONVERSION CHEMOTHERAPY WITH A MODIFIED FLOX REGIMEN FOR BORDERLINE OR UNRESECTABLE LIVER METASTASES FROM COLORECTAL CANCER

¹Tillyashaikhov M. N., ¹Islamov Kh.D., ²Robert S. Bresaler, ¹Kamishov S.V., ³Niyozova Sh.Kh.

Republican specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent
The University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center (USA),
Tashkent medical academy

Aim of the study: Conversion chemotherapy is often used for borderline or unresectable (B/U) liver metastases from colorectal cancer (CRC) with the aim of achieving resectability. Although intensive and costly regimens are often used, the best regimen in this scenario remains unclear. We aimed to evaluate the outcomes of patients with B/U liver metastases from CRC treated with conversion chemotherapy with the modified fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin (mFLOX) regimen followed by metastasectomy.

Materials and methods: We performed a single-center retrospective analysis of patients with B/U liver metastases from CRC treated with chemotherapy with the mFLOX regimen followed by surgery. B/U disease was defined as at least one of the following: more than four lesions, involvement of hepatic artery or portal vein, or involvement of biliary structure.

Results: Fifty-four consecutive patients who met our criteria for B/U liver metastases were evaluated. Thirty-five patients (64%) had more than four liver lesions, 16 (29%) had key vascular structure involvement, and 16 (29%) had biliary involvement. After chemotherapy, all patients had surgery and 42 (77%) had R0 resection. After a median follow-up of 37.2 months, median progression-free survival (PFS) was 16.9 months and median overall survival (OS) was 68.3 months. R1-R2 resections were associated with worse PFS and OS compared with R0 resection (PFS: hazard ratio, 2.65; P=0,007; OS: hazard ratio, 2.90; P=0,014).

Conclusion: Treatment of B/U liver metastases from CRC with conversion chemotherapy using mFLOX regimen followed by surgical resection was associated with a high R0 resection rate and favorable survival outcomes. On the basis of our results, we consider mFLOX a low-cost option for conversion chemotherapy among other options that have been proposed.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Тоджихужаев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Существующие методы оперативного лечения, включая хирургический, дают возможность получить лишь относительный эффект в лечении мочекаменной болезни (МКБ), но не позволяют остановить процесс камнеобразования. Значительное количество резидуальных камней/фрагментов в мочевых путях, особенно после дистанционной литотрипсии (ДЛТ), степень выраженности хронического воспалительного процесса в мочевых путях требует проведения соответствующего лечения и контроля его эффективности. В связи с этим особую значимость приобретает актуальность амбулаторного динамического наблюдения, преследующего цели профилактики обострения хронического пиелонефрита, подбора и проведения литокинетической и литолитической терапии, метафилактики рецидивного камнеобразования.

Цель исследования. Повышение эффективности УЗИ диагностики мочекаменной болезни.

Методы исследования. В ходе исследования применяли следующие процедуры и методы статистического анализа: определение числовых характеристик переменных; проверку гипотезы о происхождении групп, сформированных по качественному признаку, из одной и той же популяции, проводилась на основе построения таблиц сопряженности наблюдаемых и ожидаемых частот; применялся критерий Хи-квадрат Пирсона (Pearson Chi-square), при его неустойчивости использовали двусторонний точный тест Фишера (Fisher exact test).

Результаты исследования. УЗИ мочеточников должно проводиться на основе комплексного применения трансабдоминального, интракорпорального методов и определения мочеточниковых выбросов. Для лучшей визуализации мочеточника необходимо обеспечивать максимальную компрессию исследуемой области.

Эффективность УЗИ в выявлении конкрементов зависит от их локализации. При расположении камня в нижней трети мочеточника точность метода составляет 97,5%, чувствительность - 97,8%, специфичность - 87,5%. При

расположении камня в средней трети мочеточника точность метода равна 84,4%, чувствительность -80,0%, специфичность - 83,3%. При расположении камня в верхней трети мочеточника точность метода равна 91,8%, чувствительность — 92,9%, специфичность — 85,7%.

Прямым ультразвуковым признаком уретеролитиаза является эхопозитивная структура в просвете мочеточника с акустической тенью. К косвенным признакам, выявляемым при УЗИ, относятся расширение мочевыводящих путей выше препятствия, локальное утолщение стенки мочеточника, периуретеральный отек, нарушение мочеточниковых выбросов, утолщение стенки лоханки, отек почечной паренхимы.

Наличие отека стенки мочеточника и периуретерального отека определяют тактику ведения больного — назначение превентивной противовоспалительной терапии до проведения хирургических манипуляций.

Для УЗ-диагностики при локализации камня в нижней трети мочеточника пиелозктазия, гидронефротическая трансформация, отек почечной паренхимы имеют меньшее значение, но их диагностическая значимость увеличивается при локализации камней в верхнем и среднем отделах мочеточника.

УЗИ превосходит обзорную рентгенографию в диагностике уретеролитиаза. Между показателями точности, чувствительности и специфичности методов при уретеро-литиазе любой локализации имеется статистически значимое различие в пользу УЗИ, поэтому данный метод должен являться обязательным при уретеролитиазе и применяться на начальном этапе обследования больного.

Выводы. Таким образом, динамическое ультразвуковое исследование в периоды раннего амбулаторного послеоперационного наблюдения и динамической метафилактики больного с мочекаменной болезнью создает условия для оценки степени освобождения мочевых путей от фрагментов камня, эффективного контроля метафилактики мочекаменной болезни и раннего выявления рецидива камнеобразования.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ КОНКРЕМЕНТОВ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тоджихужаев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний и составляют 30–40% всего контингента урологических стационаров. Чаще всего МКБ наблюдается у лиц трудоспособного возраста (30–50 лет), что делает данную проблему социально значимой. Для оценки многообразия действующих патогенетических механизмов камнеобразования совершенно необходимым является наличие универсального метода или группы методов, позволяющих оперативно определить комплекс основных показателей и контролировать их соотношение по мере развития патологического процесса, диагностировать рецидивы, проводить мониторинг послеоперационных изменений.

Цель исследования. Оценить возможности лучевых методов диагностики в составе комплексного лучевого исследования у больных мочекаменной болезнью.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные комплексного лучевого обследования 143 пациентов мочекаменной болезнью, проходивших обследование и лечение в урологических отделениях клиники АГМИ, а также на кафедре онкологии и медицинской радиологии.

Результаты исследования. Распределение пациентов в зависимости от минерального состава уrolитов, частота моно- и полиминеральных типов камней в сопоставимых подгруппах представлены в таблице 3. При смешанном составе тип камня определялся по преобладающему минералу. Таким образом, наиболее часто у 66,0% больных, встречались оксалатные камни, у 20,9% - фосфатные, в 10,5% случаев выявлялся мочекислый уrolитиаз и только у 2,6% пациентов были обнаружены цистины.

В результате обследования пациентов I группы были обнаружены следующие основные виды метаболических нарушений. Гиперкальциурия наблюдалась у 104(64,6%) пациентов: абсорбтивный тип - у 54 (51,9%), резорбтивный - 31(29,8%), почечный - 10(9,6%) и идиопатический - 9(8,7%). Гиперурикурия в сочетании с гиперурикемией выявлялась у 46 (28,6%), гиперфосфатурия у 159 (98,8%), гипероксалурия у 108 (67,1%) пациентов и почти всегда сопровождалась гиперкальциурией.

При исследовании гормонального статуса у 82 мужчин I группы в возрасте от 30 до 82 лет симптомы ВАД были обнаружены у 43 (52,4%) пациентов: у 30(36,6%) в основной и у 13(15,8%) в контрольной подгруппе. Из них у 19 (23,2%) (11 в основной и 8 в контрольной подгр.) уровень тестостерона находился на нижней границе нормы и у 24 (29,2%) (у 19 в основной и 5 в контрольной подгруппе) был ниже ее. Уровень общего тестостерона у здоровых мужчин находился в пределах средних значений нормы ($23,47 \pm 0,27$ нмоль/л), а у больных уrolитиазом – нижних значений нормы ($14,63 \pm 0,89$ нмоль/л), за счет чего при МКБ наблюдалось достоверное снижение индекса свободного тестостерона ($P < 0,001$). Показатели ГСПС и ЛГ также колебались в пределах нормы, но по сравнению со здоровыми мужчинами были выше в 1,6 и 1,9 раза, соответственно ($P < 0,001$). При ВАД отмечался резорбтивный тип гиперкальциурии с гиперкальциемией у 11 (соответственно, 8 и 3 в подгруппах), гиперурикурия и гиперурикемия - у 9 мужчин (соответственно, 7 и 2 в подгруппах), и у 4 человек основной подгруппы была смешанная форма с одновременным повышением уровня кальция и мочевой кислоты в крови и моче. Коррекция гормонального статуса осуществлялась у 30 пациентов основной подгруппы по разработанному нами способу (приоритетная справка №2008144526) и заключалась в приеме 50 мг андрогеля при уровне тестостерона на нижней границе нормы (11 мужчин) или 100мг (по 50мг x 2 раза в сутки) при ВАД (19 мужчин) с контролем за его концентрацией в плазме крови каждые 3-6 месяцев для выбора адекватной поддерживающей дозы препарата.

Выводы. Диспансеризация больных уrolитиазом должна включать лучевые и бактериологические методы, контроль за физико-химическими и биохимическими показателями крови и мочи, что является эффективным мероприятием, позволяющим осуществлять раннюю диагностику и своевременную профилактику мочекаменной

болезни. Применение разработанных профилактических мероприятий позволяет снизить частоту рецидивного камнеобразования, которая в течение 6 лет диспансерного наблюдения не превышает 5,1%.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ

Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Диагностика, а следовательно и лечение воспалительных заболеваний решетчатого лабиринта вызывают значительные трудности. Остается неизученной сама функциональная роль анатомических внутриносовых структур.

Воспалительный процесс, начавшись в решетчатом лабиринте, как "ключевой зоне", распространяется и на другие околоносовые пазухи играя, таким образом, важнейшую роль в патогенезе других риносинусопатий, а так же является источником развития орбитальных и внутричерепных осложнений, сепсиса.

Состояние слизистой оболочки придаточных пазух носа, прежде всего, зависит от состояния их соустьев, интимно связанных и находящихся в прямой зависимости от особенностей строения и состояния анатомических структур и слизистой оболочки клеток решетчатого лабиринта.

Клинические проявления этмоидита нередко "стушеваются" более яркой клиникой воспаления больших околоносовых пазух (верхнечелюстной, лобной, клиновидной), или, наоборот, не диагностируются ввиду скудной симптоматики и могут расцениваться как затянувшийся ринит. И в том и в другом случае процесс воспаления решетчатых пазух лечащими врачами игнорируется. Кроме того, не учитывается состояние анатомических структур решетчатого лабиринта - одной из самых вариабельных образований скелета человека.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики спондилогенных этмоидитов у детей.

Материалы и методы исследования. Исследуемую совокупность составили 82 ребёнка в возрасте от 3 до 10 лет: 39 (47,6%) мальчиков и 43 (52,4%) девочки. Пациенты были разделены на три группы. В первую группу пациентов с острым этмоидитом вошли 20 человек; во вторую группу с другими заболеваниями ЛОР-органов — 31 пациент; третью группу относительно здоровых пациентов составил также 31 ребёнок.

Кроме общего осмотра, проведённого оториноларингологом, педиатром, неврологом и стоматологом, рентгеновского исследования придаточных пазух носа, в том числе с использованием контраста, в план обследования больных была включена электромиография мышц лица в проекции решетчатой пазухи.

Результаты исследования. Электромиографические показатели среди относительно здоровых детей соответствовали референтным значениям, тогда как у больных острым этмоидитом тонус мышц в проекции решетчатой пазухи оказался повышен, амплитуда сокращений снижена, что было обусловлено спазмом мышц. Отмечено увеличение латентности М-ответа по сравнению с нормой с двух сторон. В группе детей с другими заболеваниями ЛОР-органов были получены следующие результаты: тонус мышц в проекции решетчатой пазухи, как и во второй группе, оказался повышен, амплитуда сокращений снижена, что также обусловлено спазмом и напряжённостью мышц. Латентность М-ответа превышала норму только с одной стороны — со стороны наиболее выраженного воспалительного процесса.

Выводы. С целью подтверждения взаимосвязи врождённой патологии шейного отдела позвоночника с воспалительным процессом в полости носа и клетках решетчатого лабиринта целесообразно проводить электромиографическое исследование.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ

Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Увеличение частоты встречаемости риносинуситов у детей, которая достигает 28—30%, связывают, в частности, с высокой распространенностью респираторных вирусных инфекций, нерациональным применением антибиотиков, устойчивостью этиологические значимых возбудителей, снижением резистентности организма.

С учетом вышеизложенного изучение динамики обращаемости детей в лечебно-профилактические учреждения по поводу синусита является важным разделом планирования и организации специализированной, в том числе неотложной, оториноларингологической помощи.

Цель исследования. Изучить заболеваемость детей риносинуситом, по данным обращаемости за неотложной оториноларингологической помощью.

Материалы и методы исследования. Учет заболеваемости по данным обращаемости за неотложной оториноларингологической помощью осуществляли на основании анализа регистрации пациентов в течение 2015—2019 гг.

Результаты исследования. В структуре патологии околоносовых пазух госпитализированных детей преобладали острые гнойные полисинуситы (гайморэтноидит — 83,8%), реже встречались фронтогайморэтноидит — 12,7%, а также сфеноидиты и сфеногайморэтноидит — 1,8%.

Эта тенденция наблюдалась в возрастных группах 4—6 и 7—14 лет, гайморэтноидит в них встречался в 70,0 и 76,3% случаев соответственно.

В старшей возрастной группе (15—17 лет) чаще наблюдались фронтогайморэтноидиты (27%). Особенностью этой возрастной группы была высокая частота встречаемости сфеноидитов (до 8%), а также сочетанного поражения клиновидной, решетчатой и верхнечелюстной пазух (48,4%).

Характерными проявлениями сфеноидита были: давящая боль «позади глаз», в затылочной области, головокружение, у 8,5% больных имели место такие симптомы, как диплопия, птоз, слезотечение, расходящееся косоглазие.

Хирургическая помощь была оказана 2615 (77,8%) пациентам, обратившимся с осложненным течением синусита, а также в связи с неэффективностью предшествующей антибактериальной терапии, среднетяжелым и тяжелым течением заболевания.

В структуре сопутствующей патологии преобладали отит (58%), острые респираторные вирусные инфекции (37%) и круглогодичный аллергический ринит (21%).

Осложненное течение синусита наблюдалось у 705 (21%) пациентов. В структуре осложненных синуситов преобладало сочетание этмоидита с синуситами другой локализации (81,1%), реже встречалась комбинация фронтита с синуситами другой локализации (10,6%).

В возрастной группе до 1 года тяжелым и осложненным течением чаще характеризовались гайморитомидиты.

Выводы. Таким образом, увеличение обращаемости детей по поводу острого риносинусита совпадало с повышением частоты вирусных инфекций. Преобладающей нозологической формой синусита у детей был этмоидит, который в большинстве случаев сочетался с воспалительным процессом в верхнечелюстной и лобной пазухах.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на широкую распространенность полипозного риносинусита и внедрение эндоскопической ринохирургии, на сегодняшний день нет методов лечения, которые могли бы гарантировать отсутствие рецидива. Подавляющее большинство авторов склоняются к использованию в этих целях топических и системных глюкокортикостероидов после операции.

Показано, что длительная терапия низкими дозами кларитромицина способствует контролю эозинофильного воспаления и предотвращает ранний рецидив полипозного риносинусита.

Цель исследования. Провести оценку результатов гистологического исследования слизистой оболочки полости носа у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом для определения тактики послеоперационного лечения.

Материалы и методы исследования. Были изучены истории болезни 131 больных полипозным риносинуситом, которым была выполнена эндоскопическая операция в ЛОР отделениях клиник АГМИ.

Результаты исследования. По результатам гистологического анализа слизистой оболочки полости носа, согласно протоколу, пациенты были разделены на 3 группы.

В 1-ю группу были включены 13 (43,3%) пациентов, у которых по данным гистологического анализа определялись преобладание эозинофильного воспаления, отсутствие нейтрофильной инфильтрации и незначительный или умеренный отек тканей. Фиброзные изменения отсутствовали или были частичными. Подобная гистологическая картина характерна для полипозного риносинусита, в патогенезе которого преобладают аутоиммунные процессы и эозинофильное воспаление.

Во 2-ю группу вошли 9 (30,0%) пациентов, у которых также преобладало эозинофильное воспаление, имелся незначительный или умеренный субэпителиальный отек и частично присутствовали фиброзные изменения. Однако в этой группе пациентов определялась локальная нейтрофильная инфильтрация стромы, что могло свидетельствовать о присоединении бактериального воспаления и его роли в патогенезе заболевания (рис. 2).

В 3-ю группу были включены 8 (26,7%) пациентов, у которых гистологическая картина значительно отличалась от предыдущих. В строме преобладала лимфоплазмочитарная или нейтрофильная инфильтрация с единичными эозинофилами, умеренным субэпителиальным отеком, обширными фиброзными изменениями. Такая гистологическая картина характерна для нейтрофильного воспаления, которое играет существенную роль в формировании полипозной ткани в полости носа.

Вывод. Таким образом, в морфологической картине слизистой оболочки полости носа пациентов с полипозным риносинуситом 1-й и 2-й групп преобладало эозинофильное воспаление, что подтверждает необходимость использования в таких случаях топических и/или системных глюкокортикостероидов в послеоперационном периоде. У 26,7% пациентов с полипозным риносинуситом в слизистой оболочке полости носа преобладало нейтрофильное или лимфоцитарное воспаление, что свидетельствует о значении послеоперационной антибактериальной терапии у этой группы больных.

МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достижения в изучении многообразия пускового механизма заболевания, многие стороны этиопатогенеза хронического полипозного риносинусита изучены недостаточно. Это в первую очередь относится к системе клеточного иммунитета и ее важнейшего компонента - функционального состояния нейтрофильных лейкоцитов, обеспечивающих базальный уровень структурного гомеостаза.

Совершенствование методов лечения хронического полипозного риносинусита возможно лишь при объективной оценке функционального состояния слизистой оболочки полости носа с учетом имеющихся морфологических изменений, состояния компонентов иммунного статуса, которые, по-видимому, играют основную роль при адекватной реакции организма на применяющиеся дополнительные методы лекарственной терапии и определяют их результаты. В этом плане

весьма актуальным является клиническая оценка результатов современных хирургических методов лечения хронического полипозного риносинусита и применения ряда новых лекарственных средств, их сочетанного применения с целью достижения лучших результатов при лечении заболевания и профилактике его рецидивов.

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения хронического полипозного риносинусита путем комплексного воздействия на основные патогенетические звенья заболевания.

Материалы и методы исследования. Были изучены истории болезни 131 больного полипозным риносинуситом, которым была выполнена эндоскопическая операция в ЛОР-отделениях клиники АГМИ.

Результаты исследования. Тяжелая форма хронического риносинусита - полипозный риносинусит в течение последних 10 лет среди пациентов ЛОР-отделений составляет 6.6-8.6% всех больных.

Клинические проявления хронического полипозного риносинусита являются следствием функциональных нарушений мукоцилиарной транспортной системы, калорицерной функции, местного иммунитета слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух и нарушений носового дыхания в связи с обтурацией их просвета полипозными разрастаниями.

Хронический полипозный риносинусит развивается на фоне умеренного иммунодефицита Т-клеточного звена, у больных с рецидивирующим течением заболевания они более выражены и не корригируются, не нормализуются после хирургического лечения.

Изменение ферментативной активности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных хроническим полипозным риносинуситом связаны с обострениями воспалительного процесса, в послеоперационном периоде фагоцитарная активность нормализуется при отсутствии рецидивов заболевания, поэтому длительное снижение активности сукцинатдегидрогеназы может служить прогностическим маркером вероятности рецидивирования заболевания.

Результаты морфологического изучения удаленных полипов позволяют вносить коррективы в лечебный комплекс и могут быть использованы для прогнозирования исходов лечения хронического полипозного риносинусита.

Эндоскопические эндоназальные способы хирургического лечения в сочетании с патогенетически обоснованным медикаментозным лечением с одновременным и последовательным местным применением сорбентов, фармпрепаратов поверхностного действия, внутрипазушного низкоэнергетического лазерофореза и энтеросорбции, по сравнению с результатами традиционного лечения позволяют добиться значительного улучшения здоровья и качества жизни оперированных больных. Разработанные методы комплексного лечения хронического полипозного риносинусита эффективны как при первичной, так и при рецидивирующей форме заболевания.

Вывод. Анализ результатов сочетания хирургического лечения с новыми сорбционными лекарственными препаратами общего и местного действия, лекарственными средствами поверхностно-активного действия показывает, что предложенный комплексный метод лечения позволяет значительно повысить эффективность лечения больных хроническим полипозным риносинуситом и профилактики его рецидивов.

Местное применение сорбционных препаратов сокращает сроки лечения, позволяет добиться положительного результата у 78.5% больных первичным хроническим и у 74.5% рецидивирующим полипозным риносинуситом.

БЕЛ УМУРТҚАСИ ОРТТИРИЛГАН КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЛИНИК ВА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШХИСЛАШ

*Тожибоев Ж.Б., Махкамов Н.Ж., Жўраева Ш.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Ҳозирги кунда умуртқа поғонаси касалликлари ҳаракат таянч тизими хасталикларининг энг кўп қисмини эгаллайди. Бу касалликлар ичида биз таҳлил қилаётган умуртқанинг бел соҳасида энг кўп учрайдиган диск чурраси ва стенозларига тўхталмоқчимиз. Умуртқа поғонасининг дегенератив ва дистрофик ўзгаришлари натижасида тоғайли дискда турли юқламалар натижасида патоморфологик хусусиятга эга бўлган жараёнлар содир бўла бошлайди. Тоғайли дискнинг клиник морфологик структурасини кузатганимизда вақт ўтиши иш фаолияти ва ёшнинг кексалашиб бориши натижасида, дастлаб диск протрузияси кейин чуррасини ривожланиши бора бора умуртқа каналида орттирилган стеноз ривожланишига сабабчи бўлади. Бундан ташқари, беморлар ёши кексалиб бориши диск чуррасидан кейинги асоратлари гиалин қаватларининг дегенератив ўзгаришларига сабаб бўлиши натижасида симфиз ораси кичрайдиган. Умуртқа поғонаси тоғайли дискнинг вақт ўтиши билан деструктив ўзгаришлари емирилиши ва сўрилишига олиб келиши бўғим оралиғини йўқотиш натижасида суяклар бир-бирига ёпишиб, бўғимлар зичлашиб боради. Бу клиник ва патоморфологик жараёндан сўнг суяк эзилиши орқа мия каналининг кичрайишига олиб келади, бу орттирилган стеноздир. Бундан ташқари, турли фалокатлар натижасидаги жароҳатлар ҳам сабаб бўлади, умуртқа танасидан эзилиб синишлари натижасида ҳам учраши мумкин. Умуман олганда, орттирилган умуртқа касалликларини даволаш замонавий тиббиётимизда долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Умуртқа суяги танаси тоғайли дискнинг патоморфологик ўзгаришлари натижасида келиб чиқадиган спондилёз, спондилоартроз ва спондилолиз касалликларининг пайдо бўлиши натижасида касаллик ривожланиб боради ва орқа мия нерв тўқималарини зарарлаб асоратларга олиб келади. Умуртқанинг орттирилган касалликларининг олдини олиш у келтириб чиқарадиган асоратларга барҳам беришимиз мавзумиз асосини ташкил этади. Бу асорат ва қайтмас хасталикларнинг олдини олишимиз, уни бартарф этишимиз учун умуртқанинг орттирилган касалликларини келтириб чиқарган омилларнинг тўлиқ патоморфологиясини ўраганишимиз керак.

Материал ва материал усуллари. Республикаимиз соғлиқни сақлаш тизимидаги умуртқа поғонаси касалликлари туфайли шикастланишларни камайтиришга бағишланган илмий муаммоларни бартараф этиш учун жуда кўп изланишлар олиб борилмоқда. Биз Андижон шаҳрида фаолиятини олиб бораётган “ИБН СИНО” хусусий клиникасида умуртқа поғонаси касалликлари билан стационар даволанишда бўлган 557 нафар беморда кузатув олиб бордик. Умуртқа поғонасининг дегенератив дистрофик ўзгаришлари натижасида касалланган беморларнинг 87%да тоғайли диск протрузияси ва чурраси билан, суяк тоғай деформацияларини асорати туфайли орттирилган стеноз билан 21%, специфик хасталикларни асорати туфайли 9% (буларга асосан ревматоид полиартрит ва туберкулёз даволангандан кейинги суяк

деформациялари, шикастланишлардан кейинги суяк гематомаларининг асорати) даволаниш олиб борилди. Энг эътиборли жиҳати шундан иборатки, клиникамизда умуртка поғонасининг орттирилган дегенератив ўзгаришлари умумий ҳаракат тизими хасталикларининг 85%ни ташкил қилди. Умуртка поғонаси тоғайли дискининг асоратларида кузатиладиган клиник ва морфологик ўзгаришлар албатта ҳар бир беморга индивидуал ёндашишни талаб этди. Беморларни клиник кузатганимизда уларни иккита контингентга ажратиб таҳлил қилдик, биринчи контингент ёши 30 дан 50 ёшгача ва иккинчиси 50 ёшдан 65 ёшгача, деб белгилаб олдик. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, 30-50 ёшли беморларимиз аҳолининг асосий ишчи гуруҳи ҳисобланади, булар доимо умуртка поғонасига тартибсиз юкламалар билан иш фаолиятини олиб боришади. Бундай иш фаолияти асосан умуртка тоғайли диск протрузияси ва чуррасининг келиб чиқишига сабаб бўлади. Локализацияси бўйича тоғайли диск протрузия ва чурралари бел думгаза умурткасида (VL4-5 да 45% ҳолларда, VL5-S1 да 49%) ги беморларни кузатдик. Кейин 50 ва 65 ёшли беморлардан ташкил топган контингент ўрганилганда, уларда умуртка протрузияси ва чуррасидан кейинги асоратлар билан оғриган беморларни таҳлил қилдик. Бу ёшда умуртка эластиклиги бузилган деформациялар билан намоён бўлади, улар асосан 58% асоратли спондилёз, 33% спондилоартроз касалликлари билан оғриганларни ташкил қилди. Бу таҳлиллар шуни кўрсатдики, беморларни индивидуал ўрганишимиз умуртка поғонаси касалликларининг клиник морфологик ўзгаришларига асосланган ҳолда, мукамал ташхис ва даволаш алгоритми даво чораларини самарали олиб борилишига имкон яратди.

Хулоса. Шундай қилиб, умуртка поғонаси касалликларини даволаш, айниқса тоғайли диск протрузияси ва чурраларини коррекциялаш масалалари жуда долзарб ва катта амалий аҳамиятга эга бўлиб, уларни оператив ва консерватив даволаш усуллари ривожланаётганлиги, доимий равишда такомиллашиб бораётганлиги таҳсинга сазовардир. Умуртка поғонаси касалликларини ёшга хос ўрганиб, унинг клиник -морфологик хусусиятларини тўғри таснифлаш орқали ташхис ва даволаш олиб бориш яхши натижалар гаровидир. Умуртка поғонаси орттирилган дегенератив ва дистрофик ўзгаришларда клиник морфологиясини ҳар бир беморда индивидуал ёндашиб таҳлил қилиш шифо топиши учун муҳим ўрин тутди. Умуртка поғонаси касалликларида ёшни турли контингентларга ажратиб таҳлил қилганимизда, 30 ёшдан 50 ёшгача беморлар тартибсиз юкламалар натижасидаги шикастланишлардан сўнгги асоратлар билан, 50 ёшдан 65 ёшгачалари эса доимий юкламалар яъни кам ҳаракатлиликлдан касалланади. Бу эса борган сари умуртка суяк тоғай патологиясида асоратларга олиб келиб қайтмас ўзгаришларни келтириб чиқаради. Умуртка поғонасининг 30 ва 50 ёшли контингентидан ташкил топган беморларнинг клиник патоморфологик хусусиятларига тўғри баҳо бериш натижасида, таҳлил қилиш алгоритмига асосланиб эрта даволаш, асоратлар чекланишига сабаб бўлади. Бу асоратларнинг олди олиниши эса кейинги контингентни асоратсиз соғлом турмуш тарзида яшашига кенг имкон яратган бўлади.

К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Тошбоев Ш.О.

Андижанский государственный медицинский институт.

Цель исследования: разработать систему оценки органной недостаточности у новорожденных, позволяющую оценивать тяжесть органных нарушений с учетом возможностей реальной клинической практики.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное. Проанализированы истории болезни 37 детей, перенесших сепсис в неонатальном периоде. Дети получали лечение в родильных домах, АОДММЦ в 2018-2019 гг. Исходом сепсиса во всех 37 случаях явилось выздоровление. На сроке гестации 25-31 нед. родились 16 (43,2%) детей; 32-34 нед. - 7 (18,9%) детей; 35-36 недель - 5 (13,5%) детей; 37-40 нед. - 9 (24,3%) детей.

Результаты и их обсуждение. Использован подход, основанный на оценке степени дисфункции отдельных систем и суммации этих показателей для получения общей оценки органной недостаточности. Включена оценка дисфункции сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта, системы гемостаза и функции печени. Выделены пять степеней дисфункции для каждой системы, от состояния нормы до критических нарушений, каждой степени присваивается соответствующее количество баллов. Предполагается, что 0 степень соответствует норме, 1-2 степени - органной дисфункции, 3-4 степени - органной недостаточности. Оценка произведена однократно, фиксируется максимальная степень дисфункции системы, наблюдаемая за весь период болезни. Минимальная возможная общая оценка 0 баллов, максимальная 24 балла. Оценка функции сердечно-сосудистой системы основана на оценке объема инфузионной терапии и уровня инотропной поддержки. Оценка функции дыхательной системы проведена через оценку респираторной поддержки, при проведении ИВЛ - по параметрам давления и FiO₂ воздушной смеси. Оценка дисфункции дыхательной системы через инвазивность ИВЛ соотносится с уровнем PO₂ капиллярной крови и респираторным индексом, рассчитанным на основании этого показателя. Для оценки функции мочевыделительной системы использованы оценка отеочного синдрома, степень олигурии, показатели мочевины и креатинина. Оценка функции системы гемостаза проведена по уровню тромбоцитопении и наличию геморрагического синдрома. Оценка степени дисфункции ЖКТ произведена на основе классификации некротизирующего энтероколита (НЭК), оценка функции печени проведена с учетом рекомендаций по диагностике и лечению гипербилирубинемий у новорожденных (Н.П. Шабалов, «Неонатология», 2006). Минимальная общая оценка составила 10 баллов, максимальная - 22 балла. Значение медианы для суммарной оценки (16 баллов) является дифференцирующим для выделения детей, имеющих органную недостаточность 4 степени как минимум 2-х систем или одной системы + наличие шока. Степень органной недостаточности была сопоставлена с другими параметрами, характеризующими течение сепсиса, и проведено разделение детей на 3 группы по 6 параметрам: общая оценка органной недостаточности, количество систем с органными нарушениями, длительность генерализованной инфекции, длительность инфекции, количество очагов инфекции, наличие септического шока. Математическая модель получена методом дискриминантного анализа, общая работоспособность модели 97,3%. Увеличение степени общей органной дисфункции также соотносится с уровнем и продолжительностью гипергликемии, уровнем гипопроотеинемии, метаболического ацидоза, анемии, уровнем лейкоцитоза и лейкопении, уровнем клеточной реактивности (индекс иммунологической реактивности (ИИР), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)), длительностью болезни, показателями адекватности питания, задержкой скорости роста ребенка, формированием

деструктивных изменений в организме. Таким образом, степень органной недостаточности, оцененная по предложенной системе, входит как составляющая в комплекс факторов, отражающих тяжесть и длительность болезни и, следовательно, степень возможного влияния на дальнейшее развитие ребенка. Показан нелинейный характер зависимости между общей оценкой органной недостаточности, полученной путем суммации баллов по отдельным системам, и общей тяжести состояния при развитии тяжелой полиорганной недостаточности. Общая оценка органной недостаточности в I-II-III группах по течению сепсиса равна в среднем 11-15-18 баллов соответственно. Максимальный лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), отражающий степень общей интоксикации организма, равен в тех же группах 2,72,8-23,7 соответственно, т.е. резко возрастает при наличии тяжелой органной недостаточности нескольких систем. Такая же зависимость характерна для индекса иммунореактивности (ИИР), который в соответствующих группах равен 7,5-9,7-15,0.

Заключение. Предложенная система оценки органной недостаточности позволяет количественно оценить любую степень дисфункции, может применяться при ограниченных лабораторных возможностях, в т.ч. для ретроспективной оценки, может быть использована как основа для группирования по тяжести болезни. Следующим этапом работы планируется проверка предложенного подхода у всех новорожденных, получающих лечение в ОРИТ, и как оценка в динамике заболевания в режиме реального времени.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Тошбоев Ш.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Провести оценку тяжести состояния и эффективность интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы (ТСТ) у детей.

Материал и методы. Исследование было осуществлено у 39 детей, поступивших и лечившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) АОДММЦпо поводу ТСТ с 2018-2019 гг. Большинство исследуемых пациентов были мальчики (79,5%), а наиболее частыми причинами травм были дорожно-транспортные происшествия (ДТП). 30 (77%) детей первоначально поступили в ЦРБ и находились на динамическом наблюдении. Время нахождения на ДИН до перегоспитализации в НФ РНЦЭМП составило в среднем $2,3 \pm 0,9$ суток. Непосредственно при поступлении в НФ РНЦЭМП тяжесть состояния больных оценивалась по балльным шкалам APACHEII, APACHEIII, SAPS, SAPSII, SOFA, PLOD. Оценка тяжести состояния по шкалам проводилась один раз в сутки. Комплексная оценка изменений газообмена проводилась на основании следующих параметров: парциальное давление кислорода (PaO_2) и углекислого газа ($PaCO_2$), отношение $PaO_2:PO_2$ (P/Findex). Мониторинг осуществлялся постоянной динамической регистрацией ЭКГ, АДс, АДд, САД, ЧСС, SpO_2 , монитором “ЮМ-300” (Utas, Украина). Для проведения ИВЛ использовали респираторы “Savina-300” (Drager, Германия). В зависимости от времени нахождения в ОРИТ все пациенты были разделены на три группы: первая (23 ребенка) - пострадавшие с длительностью лечения в ОРИТ до 2 суток, вторая (10 детей) - от 2 до 4 суток и третья (6 детей) - более 4 суток. У пациентов во всех группах подавляющее количество повреждений сочеталось с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) открытой или закрытой, а также с перелом бедра. Всем пациентам проводилась следующая интенсивная терапия: 1) искусственная вентиляция легких (по показаниям); 2) инфузионная терапия, направленная на обеспечение и поддержание нормоволемии, электролитного и осмотического гомеостаза; 3) коррекция нарушений центральной гемодинамики; 4) нутритивная поддержка - парентеральное и раннее энтеральное питание согласно расчету фактической потребности в энергии и пластическом материале; 5) антибактериальная терапия.

Результаты исследования. После проведения интенсивной терапии (ИТ) пострадавшим достигалось стабилизация их состояния, что позволяло перегоспитализировать в НФ РНЦЭМП. Время выведения из шока до перевода в НФ РНЦЭМП во всех наблюдаемых группах составило в среднем $2,4 \pm 0,3$ суток. У всех пациентов подавляющее количество повреждений сочеталось с черепно-мозговой травмой или с перелом бедра. Во 2-й и 3-й группах непосредственно после травмы дети имели более тяжелое состояние, чем в 1-ой, что доказывалось определением по шкалам тяжести. В 1-й группе на вторые сутки интенсивной терапии в ОРИТ достоверно происходило изменение только со стороны шкал PLOD и APACHE-III. Во 2-й группе общее состояние изменялось в сторону улучшения на третьи сутки проведения ИТ, о чем свидетельствовали достоверное изменение со стороны шкал SOFA, SAPS, SAPS-II, PLOD и APACHE-III. В 3-й группе пострадавших, положительная динамика появлялась на 4-ые сутки ИТ в ОРИТ, что проявлялось в достоверном изменении баллов шкал SOFA, SAPS, SAPS-II, PLOD, APACHE и APACHE-III.

Выводы. 1. Наибольшая эффективность оценки общего состояния у детей с тяжелой сочетанной травмой при перегоспитализации в ОРИТ НФ РНЦЭМП из ЦРБ достоверно отмечались шкалы PLOD, SAPS-II, APACHE-III.

2. Проведенная целенаправленная интенсивная терапия позволила провести транспортировку пострадавших в среднем через $2,4 \pm 0,3$ суток, руководствуясь оценкой шкал тяжести пациентов.

3. При планировании и проведении интенсивной терапии у детей в ОРИТ НФ РНЦЭМП оптимальную прогностическую информативность показали шкалы SOFA, SAPS, PLOD, SAPS-II, APACHE-III.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ: БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тошгозиева М.Р., Урманбаева Д.А., Базарова Ф.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно выявляют около 1,38 млн новых случаев рака молочной железы (РМЖ). На сегодняшний день в стандарты хирургического лечения злокачественных опухолей различных органов входит обязательное удаление всех лимфатических коллекторов. Такой

подход вызван прежде всего тем, что злокачественные опухоли характеризуются как гематогенным, так и лимфогенным метастазированием, и склонность опухолей к диссеминации по лимфатическим и кровеносным сосудам является основной проблемой в лечении онкологических заболеваний.

Классификация, анатомия и топография подмышечных лимфатических узлов

Существуют различные подходы к формированию классификаций подмышечных лимфатических узлов (ЛУ).

Цель исследования. Изучить уровень местной анестезии при удалении сигнального лимфатического узла.

Методы исследования. Мы используем в нашем диспансере единую стандартную процедуру при всех удалениях сигнальных лимфатических узлов. После радиоактивного маркирования и кожной демаркации визуальным методом с помощью гамма-камеры в отделении ядерной медицины, в операционном отделении завершается запатентованное окрашивание синим цветом.

Обсуждение. Основным преимуществом использования локальной анестезии является возможность общаться с пациентом во время проведения операции. Тогда пациент может обеспечить активный функциональный контроль, например, в процедурах, проводимых вблизи нервных окончаний. Более того, минимизируются послеоперационные риски, поскольку пациент находится в сознании, дышит произвольно, остаётся подвижным. Мы считаем, что обычно используемая опухолевая локальная анестезия является более дорогой, не давая преимуществ, и без неё можно обойтись. Наш опыт показывает, что болевая чувствительность в подкожном слое минимальна. За исключением случаев экстенсивного вздутия живота, контакта с нервами, повреждений больших иннервированных полостей или проведения манипуляций в непосредственной близости от лимфоузла, пациенты не испытывали боли. Невозможность для пациента поддерживать особое положение во время процедур в подмышечной зоне, которые являются более длительными, может представлять большую проблему, чем локализованная боль. Локальные анестезирующие процедуры непригодны только тогда, когда пациенты испытывают страх или являются неконтактными.

Вывод. Основываясь на нашем опыте, можно провести удаление лимфатического узла в подмышечной и паховой зонах с использованием малых доз инфильтрата, с анестезией без осложнений и с большей безопасностью для пациента.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Тошпулатов А.М., Косимова М.О., Ахмадалиев К.С., Исаев З.Н.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии
Андижанский филиал*

Актуальность. По данным международных медицинских организаций, ежегодно в мире диагностируется до 10 млн. случаев раковых заболеваний. Современная онкология добилась огромных успехов в лечении раковых заболеваний, к тому же ее действие направлено на улучшение качества жизни пациентов. Паллиативная помощь онко-больным необходима в том случае, если рак диагностирован в достаточно запущенной стадии.

В отношении неизлечимых больных очень важно руководствоваться этическими принципами: уважительно относиться к его жизни, самостоятельности, достоинству.

Паллиативное лечение онкобольных должно поддерживать их благополучие, а иногда и приводить к улучшению общего самочувствия для тех, кто находится в терминальной стадии заболевания. Специальное противоопухолевое лечение и паллиативная помощь должны дополнять друг друга, что в итоге приводит к повышению эффективности терапии. Паллиативное лечение рака должно осуществляться сразу же после постановки диагноза. Это обязательно приведет к повышению эффективности противоопухолевой терапии за счет повышения качества жизни больного, улучшения его психологического и эмоционального состояния.

Цель исследования. Совершенствование методов ранней диагностики костных метастазов у больных РМЖ.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 122 больных РМЖ в возрасте от 35 до 75 лет, разделенные на 3 группы. 1-я группа - 30 больных РМЖ, в комплексное лечение которых было включено интратуморальное введение арглабина при предоперационной лучевой терапии (ЛТ), которая проводилась мелкими фракциями на аппаратах «АГАТ-С» и «АГАТ-Р».

Результаты исследования. Эффективность лечения больных в 1-й и 2-й группах выше на 30 %, чем в контрольной. У больных, получавших ЛТ с интратуморальным введением арглабина, опухоль уменьшилась в 5,5 раз, у больных, получавших внутривенно арглабин, - в 8,5 раза, у больных контрольной группы - в 2,8. Патоморфоз опухоли III-IV степени составил (62,9±9,6) % в группе больных, получавших арглабин интратуморально, в группе внутривенного введения - (50±9,1)%, без арглабина - (34,9±8,8)%. Интратуморальное применение арглабина не оказало позитивного влияния на отдаленные результаты лечения больных РМЖ, в то время как его внутривенное применение повысило 2-3-летнюю выживаемость на 30 %, безрецидивную 2-, 3-, 4-летнюю выживаемость на 41,2; 61,7 и 27,3 % соответственно и увеличила медиану выживаемости в 2 раза.

Таким образом, включение арглабина в комплексное лечение РМЖ позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения, повысить показатели общей и безрецидивной выживаемости больных.

Выводы. В современных условиях ПХТ наряду с хирургическим лечением и ТГТ должна быть обязательной составляющей комбинированного лечения рабдомиосаркомы, позволяющей увеличить выживаемость больных, расширить возможности органосохранных методов, избежать калечащих операций и таким образом повысить качество жизни пациентов.

GLAUKOMA TASHXISLI BEMORLARDA “QURUQ KO’Z” SINDROMINI DAVOLASH EFFEKTIVLIGINI BAHOLASH

*Turg'unov Sh.Sh., Ahrarov.A.A.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi*

Mavzuning dolzarbligi: “Quruq ko’z” sindromi hozirgi kunda har bir amaliyotchi shifokor-oftalmologlar duch keladigan dolzarb muammolardan biri xisoblanadi.

Chet el adabiyotida ko’p qo’llaniladigan “yatrogen quruq ko’z” atamasi shuni anglatadiki bu ikkilamchi yoki artifitsial “Quruq ko’z” sindromi yuzaga kelishi tashqi ta’sirlarga javob reaksiyasi sifatida yuzaga keladi [Holly F.G., 2003; Singh G., Kaur J., 1992]. Prekorneal ko’z yoshi plyonkasining funksional buzilish mexanizmi juda ko’plab omillar ta’siriga bog’liq, masalan surunkali holatlarda (glaukoma kabilar) medikamentoz preparatlarni doimiy instillyatsiyasi ikkilamchi “Quruq ko’z” sindromi kelib chiqishiga sabab bo’ladi [Еременко А.И., Янченко С.В., 2006; Майчук Ю.Ф., Яни Е.В., 2009].

Quyida avtorlar keltirgan ma’lumotlarga ko’ra glaukoma bilan kasallangan yoshi katta bemorlarda “quruq ko’z” sindromining uchrash chastotasi keng diapazonda 11%dan [Rossi G.C., 2009] 90,9%gacha [Мырарова Н.В., 2005] uchraydi.. “Quruq ko’z” sindromi uchrash chastotasi va og’irligi glaukomaning klinik shakliga, bemorning yoshi va jinsiga bog’liq bo’ladi. Glaukoma bilan kasallangan bemorlarda “quruq ko’z” sindromi yuzaga kelishi ularning ko’rish qobiliyatiga va hayot sifatiga sezilarli ta’sir qiladi natijada oftalmogipotenziv davolanishga rioya qilmaslikka olib keladi. Bu kabi bemorlarni davolash muhim muammoni anglatadi va medikamentoz terapiya sxemasini qayta ko’rib chiqishni talab etadi.

Tadqiqot maqsadi: Oftalmogipotenziv terapiya maqsadida qo’llaniladigan antiglaukomatoz preparatlar (benzalkoniy xlorid konservantini saqllovchi) ning ko’z yuzasining morfofunktsional holatiga ta’sirini o’rganish va ko’z oshini o’rni bosuvchi “Oftalron – P” preparatini qo’llash orqali zararli ta’sirini kamayishini baholash.

Tadqiqot materiali va usullari: Tajribada 38ta bemorda (76ta ko’z) yoshi 55-80 oralig’ida, uzoq vaqt davomida benzalkoniy xloridi saqllovchi antiglaukomatoz gipotenziv preparatlar fonida ko’z yoshi ishlab chiqarilishi va ko’z yuzasining holatiga baho berildi. Tekshiruv kompensirlangan KIB fonida amalga oshirildi.

Barcha bemorlarga oftalmogipotenziv davoga qo’shimcha sifatida “Quruq ko’z” sindromini medikamentoz korreksiyalash maqsadida ko’z yoshi o’rni bosuvchi “Oftalron – P” 10 ml ko’z tomchisi OOO Aseptica, O’zbekiston tavsiya etildi. Bu ko’z yosh o’rni bosuvchi preparatni oftalmogipotenziv vositalarni tomizishdan 10-15daqqa oldin qo’llash tavsiya etildi.

Ushbu bemorlar ko’z yosh o’rni bosuvchi preparat tavsiya etilgunga qadar va u qo’llanilgandan 1, 3 oy o’tib tekshirib ko’rildi. Bemorlar tekshiruvida umumiy standart oftalmologik tekshiruvlar: anamnez yig’ish, avtorefraktometriya, viziometriya, biomikroskopiya va test (Shirmer testi) usullaridan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari: Barcha tekshiriluvchi bemorlarda davolashgacha bo’lgan muddatda yaqqol diskomfort, asosiy shikoyatlari: ko’zning quruqlashishi, qizarish, achishish xissi asosan antiglaukomatoz preparatlar instillyatsiyasidan keyin va kun davomidagi ko’rish o’tkirlikining pasayishi kuzatildi.

Bemorlarni sub’ektiv baholashda birinchi davolovchi effekt ko’z yosh o’rni bosuvchi “Oftalron – P” preparati qo’llanilishining 1-oyidan keyin kuzatildi ya’ni “Quruq ko’z” sindromi belgilarining kamayishi kuzatildi. Ko’proq ijobiy dinamika ushbu preparatning 3 oy qo’llanilgandan keyin kuzatildi.

Tekshiruv natijasiga ko’ra ko’z yoshi o’rni bosuvchi “Oftalron – P” preparatini tavsiya etilgunga qadar va u qo’llanilgandan keyingi natijalari quyidagicha: Shirmer testi bo’yicha Preparat tavsiya etilgunigacha- 9(8;9), 1oydan keyin - 10(9;11), 3oydan keyin - 12.5(12;13), Ishonchlilik darajasi - P<0,05.

Xulosa: Ko’z yosh o’rni bosuvchi preparatning oftalmogipotenziv davo bilan birgalikda qo’llanilishi natijasida preparat tarkibidagi konservant benzalkoniy xloridining ko’z yuzasiga zararli ta’sirini kamaytirishi isbotlandi. Bunda “quruq ko’z” sindromi belgilari kamayishi bilan birgalikda bemorlar ko’rish faoliyati va hayot sifati yaxshilanishi kuzatildi.

ЧРЕЗКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСФОРМИНАЛЬНАЯ ПОЯСНИЧНАЯ ДИСКЭКТОМИЯ

*Турсунов Ф.К., Худайбердиев К.Т., Турсунов М.К., Кадилов А.А., Худайбердиева М.С., Турсунов К.К.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель работы: проведение анализа результатов чрезкожной трансформинальной эндоскопической поясничной дискэктомии; определение **показаний**; противопоказаний к эндоскопическому удалению грыж поясничного отдела позвоночника; определение перспектив дальнейшего **развития метода**.

Материал и методы: проведен анализ результатов чрезкожной эндоскопической поясничной дискэктомии у 78 пациентов. Использованы методы оценки качества жизни (опросник **SF36**), визуально - аналоговая шкала боли, **опросник** Маснаб. Возраст пациентов колебался от 28 до 59 лет, в среднем 42,96 +/- 10,02. Срок **наблюдения** за пациентами находился в пределах от 1 дня до 32 месяцев, в среднем 7,19 +/- 9,41 **месяцев**. Операция заключалась в пункционном эндоскопическом монопортальном удалении секвестрированной поясничной грыжи **диска** из заднебокового доступа. Для выполнения оперативного вмешательства использовали **спинальный** эндоскоп системы YESS (Yeung Endoscopic Spinal System, Richard Wolf) с рабочим каналом диаметром 2,7 мм, а также эндоскоп **системы** Veriebris (Richard Wolf), имеющий **рабочий канал диаметром 4,2 мм**. В качестве дополнительных методов воздействия на диск использовали неабляционное лазерное облучение диска и высокочастотную коагуляцию тканей диска. Показаниями к чрезкожной поясничной эндоскопической дискэктомии складывались из клинических и радиологических признаков. Абсолютные показания: односторонние корешковые боли в ноге на фоне наличия секвестрированной **грыжи** диска, вызывающей явный дискорадикулярный конфликт, который не подлежал консервативной терапии в течение 4-6 недель. Наличие секвестрированной грыжи было подтверждено МРТ. Относительные показания; хронические боли в пояснице и или двусторонние дискогенные или корешковые боли в ногах на **фоне** секвестрированной грыжи диска, не поддающиеся консервативной терапии в течение 3-4 месяцев. Наличие секвестрированной грыжи было подтверждено МРТ. Дополнительным подтверждением

дискогенного характера болевого синдрома в сомнительных случаях служила интраоперационная провокационная дискография.

Противопоказаниями к эндоскопическому удалению грыжи диска являлись следующие состояния: Абсолютные противопоказания: кауда синдром; грубый моторный дефицит (парез 3 и менее баллов) с наличием или без выраженного болевого синдрома; гнойно-воспалительные процессы на коже. Относительные противопоказания: инфекционные болезни; выраженный латеральный или циркулярный стеноз позвоночного канала; выраженная сегментарная нестабильность; выраженный психологический компонент болевого синдрома или зависимость от социальных компенсаций утраченной трудоспособности.

Анатомическая доступность грыжевого секвестра из трансфораминального эндоскопического доступа определялась локализацией грыжевого фрагмента: в каудальном направлении максимальная миграция секвестра до середины ножки нижележащего позвонка; в краниальном направлении - в пределах нижней трети тела нижележащего позвонка.

Результаты: в 91% случаев получены положительные результаты лечения (хорошие и отличные). Частота рецидивов грыжи составила 3,8%, частота осложнений - 3,8%, Отмечалось полное отсутствие ятрогенного перидурального интрамускулярного фиброза, высокая удовлетворенность вмешательством пациентом, крайне быстрая реабилитация больного.

Заключение: чрезкожная эндоскопическая поясничная дискэктомия является эффективным методом лечения грыж дисков. В большинстве случаев она может заменить традиционную дискэктомию и имеет широкие перспективы дальнейшего развития.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

*Турсунова С., Хакимов Н.С., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. По данным специальной литературы, почти 30% женщин с диагностированным раком молочной железы — моложе 40 лет, а это как раз тот возраст, на который приходится пик доброкачественных пролиферативных заболеваний молочной железы, и имеет место неблагоприятный для маммографии рентгеноплотный фон.

Цель исследования. Целью работы явилось определение диагностической эффективности ультразвукового метода исследования в раннем выявлении рака молочной железы, развившегося в фиброаденоме или кисте на фоне диффузных доброкачественных пролиферативных заболеваний.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 260 женщин с различными доброкачественными пролиферативными заболеваниями молочной железы, на фоне которых определялись кисты и фиброаденомы.

Результаты исследования. На первом этапе исследования в сравнительном аспекте нами изучена чувствительность маммографии и сонографии в выявлении фиброаденом. Из 135 женщин, при выполнении маммографии, фиброаденомы были диагностированы у 98, что составило $73,0 \pm 3,8\%$, а при выполнении ультразвукового исследования доброкачественные опухоли были обнаружены у 121 женщины ($90,0 \pm 2,6\%$), т.е. чувствительность сонографии была выше на 17%. Необходимо отметить, что, помимо типичных признаков, в 19% наблюдений фиброаденомы имели нечеткость контуров, в $9,0 \pm 2,6\%$ контур образования был неровный. За счет анэхогенных зон наблюдалась неоднородность внутренней структуры в $4,0 \pm 1,8\%$ случаев (рис. 4), ослабление акустического сигнала позади образования в $1,7 \pm 1,1\%$.

Подобное разнообразие ультразвуковой картины фиброаденом было обусловлено не малигнизацией процесса, а особенностями акустических свойств окружающих тканей. Традиционно считается, что ультразвуковое исследование информативно только у женщин до 35 лет, а в более старшем возрасте обычно рекомендуется проведение рентгеновской маммографии. Анализ чувствительности перечисленных выше методов в выявлении доброкачественных опухолей в различных возрастных группах показал, что у женщин в возрастной группе 30—40 лет чувствительность ультразвукового метода и маммографии достоверно отличаются друг от друга и составляют соответственно $91,0 \pm 2,8$ и $69,0 \pm 4,6\%$.

В группе пациенток в возрасте 40—50 лет данный показатель существенно не различался, он составил 84 и 82%. В связи с этим в данной группе пациенток в одинаковой мере для диагностики патологических изменений в тканях молочной железы оправдано применение как маммографии, так и ультразвукового исследования.

Вывод Ультразвуковое исследование явилось высокоэффективным методом диагностики кист и фиброаденом на фоне выраженной диффузной патологии молочных желез, чувствительность которого составляет 100 и $90,0 \pm 2,6\%$ соответственно. Определен дифференциальный ряд диагностических критериев при малигнизированной фиброаденоме и внутрикистозной карциноме и разработан диагностический алгоритм. Обоснована целесообразность расширения возрастного ценза для обязательного применения сонографии как первичного метода обследования женщин при диагностике заболеваний молочной железы, а именно до 50 лет.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Турсунова С., Хакимов Н.С., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Вопросы раннего выявления патологии, дифференцировки опухолей молочных желез (МЖ) актуальны в связи с высокой заболеваемостью и смертностью женского населения. Заболевания МЖ диагностируются у каждой четвертой женщины в возрасте до 30 лет и у 60% женщин более старшего возраста; только диффузной формой фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) страдают от 50 до 95% женщин.

Ультразвуковое исследование является основным диагностическим методом, позволяющим диагностировать структурные особенности строения кистозного компонента. Кисты молочной железы классифицируются на простые, осложненные и сложные. Осложненная киста отличается от простой наличием экзогенного однородного содержимого, а сложная киста гетерогенна: имеет как кистозный, так и твердый компонент.

Использование категории BI-RADS3 (вероятно, доброкачественное образование) обычно ограничивается единичным солидным образованием овальной формы с четкими контурами и параллельной ориентацией (чаще всего фиброаденома), изолированной осложненной кистой и кластерными микрокистами. Последние представляют собой кистозную дилатацию отдельных ацинусов и являются одним из доброкачественных кистозных изменений молочной железы. По УЗИ кластерные кисты представляют собой четко очерченное образование, состоящее из множества небольших кист, разделенных тонкими перегородками (менее 0,5).

При типичном проявлении на УЗИ кластерные микрокисты могут быть отнесены к BI-RADS 2. Однако при глубоком расположении или в случаях, когда трудно дать адекватную характеристику кластерные кисты, у женщин с новыми микрокистами в постменопаузальном периоде можно дать оценку BI-RADS 3. Кистозные образования с солидным компонентом должны быть отнесены к категории BI-RADS 4, если нет данных об этиологии солидного компонента (например, сгусток крови после аспирационной биопсии).

Цель исследования. Изучить и оценить результаты ультразвуковые методы исследование кистозных образований молочной железы.

Материалы и методы исследования. Эталонный стандарт исследования был определен как комбинация гистологического исследования и 12-месячного интервала для повторного исследования и был доступен для 2662 женщин. В течение трех лет с 2017 по 2020 год этим пациенткам были проведены три ежегодных независимых сеанса с маммографией и ультразвуком в рандомизированном порядке, 703 женщины из 14 центров согласились на проведение одного МРТ исследования. Основными исследуемыми параметрами были: частота выявления рака, чувствительность и специфичность УЗИ, маммографии и МРТ, положительная прогностическая ценность проведенных биопсий, интервальная частота рака.

Результаты исследования. Оценка результатов этих двух исследований проводилась двумя независимыми экспертами, не знавшими результатов другого скрининга. При этом уровень обнаружения рака при ультразвуковом скрининге был выше, чем при использовании только маммографии, а прогностическая ценность биопсии была выше при использовании обоих методов диагностики. Добавление одного скрининг-УЗИ к маммографии позволит обнаружить дополнительно 1,1 к 7,2 случаям рака на 1000 женщин с высоким риском, а МРТ исследование позволит выявить дополнительные раки молочной железы помимо маммографии и УЗИ. Однако это также увеличит количество ложноположительных результатов. Из 2662 участников 519 (19,5 %) имели 745 поражений 3 категории BI-RADS, 124 (16,6 %) из них были биопсированы. При гистологическом исследовании биопсий поражений BIRADS 3 доброкачественные кистозные поражения выявлены в каждом 3 случае — 31,1 %, фиброз и фиброзно-кистозная мастопатия в 22,6 %, фиброаденомы — 20,2 %, жировой некроз — 11,3 %, злокачественные образования — 4 %, склерозирующий аденоз — 3,2 %, доброкачественные папиллярные поражения — 3,2 %, другие изменения — 3,2 % [17]. Важно, что частота рака по данным биопсии сложных кист с кистозно-солидным строением, толстыми стенками и перегородками, внутрикистозными образованиями достигает 36 % [18]. По данным трехлетнего опыта ACRIN 6666 кластерные микрокисты были злокачественными в 0,8 % случаев.

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование является приоритетным в диагностике кистозных изменений молочной железы, а использование современной терминологии BI-RADS эффективным инструментом в определении тактики ведения пациентки. Отдельного внимания заслуживает ультразвуковая картина очаговой мастопатии. В половине случаев (46,6 %) очаговая ФКМ на УЗИ визуализируется как солидное образование в виде неоднородной экзогенной ткани — 15%, в виде кист — 13,3 % и у каждой четвертой женщины 25 % — очагового изменения не наблюдалось. Ультразвуковые признаки недостаточно специфичны чтобы дифференцировать доминирующий компонент: фокальный фиброз, склерозирующий аденоз или ФКМ [19]. Таким образом, очаговая мастопатия требует проведения дополнительных методик, повышающих чувствительность и специфичность обследования.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Улмасов А.О., Норбоев З.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Аллергический ринит — заболевание слизистой оболочки полости носа, имеющее патогенетическую природу и характеризующееся заложенностью носа, ринореей, чиханием, зудом в полости носа. Симптомы АР существенно снижают качество жизни, психомоторную и когнитивную функцию и способность детей к обучению. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения указано, что АР - это хроническое заболевание верхних дыхательных путей, важность которого определяется высокой распространенностью, неблагоприятным влиянием на качество жизни, работоспособность и учебу в школе, а также высокими материальными затратами. Кроме того, неадекватное лечение или отсутствие лечения АР приводят к усугублению течения ряда сопутствующих заболеваний, таких как синдром атопической экземы/дерматита, синусита и тревожных состояний. Наконец, АР рассматривается Всемирной организацией здравоохранения, как фактор риска развития бронхиальной астмы.

Цель исследования. Исследовать клинические особенности у детей с АР с целью повышения эффективности лечения данной патологии.

Задачи исследования. Определить клинические и лабораторные особенности течения у детей с АР.

Оценить терапевтический эффект назального спрея Флутинекса у детей с АР.

Оценить полученные результаты и разработать рекомендации для практического здравоохранения.

Методы исследований. Для диагностики АР использовали анкету. Анкета основана на количественной системе подсчета в баллах, позволяющей выявить не только АР, но и некоторые особенности данного диагноза: сезонность, сенсibilизирующий фактор, тяжесть клинических проявлений. Клиническое обследование ЛОР-органов включало в себя осмотр лицевого скелета в целом, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, отоскопию. Риноскопию проводили до и после предварительной анемизации слизистой оболочки полости носа 0,025% раствором називина. При передней риноскопии оценивались расположение перегородки носа, состояние общих носовых ходов, состояние носовых раковин, определялся характер носового секрета и его локализация, состояние носового клапана вывода.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Умедов Х.А., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Элмуратов Г.К.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Частота повреждений двенадцатиперстной кишки составляет от 0,6 до 5% всех травм органов брюшной полости (А.С. Ермолов, с соавт., 2002; А.И. Славов, с соавт., 2011). Летальность при изолированных повреждениях этого органа колеблется от 11,8% до 30,5%, при сочетанных - от 52% до 80% (В.П. Сенько, с соавт., 1998; А.Н. Тулупов, 2015).

Цель исследования. Улучшить результаты лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Основу настоящего исследования составили наблюдения за 26 больными с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) ДПК, находившиеся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2009 по 2019 годы.

В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступили 21 (80,7%) пациент, позже через 24 часа были госпитализированы 2 (11,1%) пострадавших. Изолированной травма оказалась в 6 (23,0%) наблюдениях. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 77,0%, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы – 6 (23,3%), печени – 7 (26,9%), желчного пузыря – 4 (15,4%), тонкого кишечника – 2 (7,7%) и желудка – 1 (3,8%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 19 (73,0%) случаях, ниже-горизонтальной части – в 5 (19,2%) случаях, верхне-горизонтальной части ДПК – в 2 (7,7%) наблюдениях. В состоянии шока поступили 11 (42,5%) пациентов.

Результаты. При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 6 пациентов ограничили наложением первичного шва. В 8 наблюдениях первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации и проводили за связку Трейтца интестинальный зонд для питания. При повреждениях более половины окружности ДПК у 2 больных первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК, в 4 случаях дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену (антрумэктомия, стволовая ваготомия, гастроэнтероанастомоз на длинной петле, холецистостома). При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки – 2 наблюдения. В последних 6 наблюдениях на поврежденный участок ДПК накладывали дуоденоюноанастомоз на длинной петле с Браунским соустьем с использованием проленовых атравматических нитей и трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации.

В послеоперационном периоде назначали гастропепин, циметидин, ранитидин, квамател, омез, цефепим+метронидазол, меропем, цефоперазон/сульбактам.

Осложнения после хирургического лечения пациентов с травмами и ранениями ДПК возникли у 16 (61,5%). Посттравматический панкреатит наблюдался у 12 (46,2%) больных, несостоятельность дуоденальных швов – у 4 (15,4%) пострадавших с последующим формированием дуоденального свища.

Летальный исход среди пострадавших с травмой и ранениями ДПК наступил у 7 пациентов, при этом летальность составила 26,9%.

Выводы. Выбор метода оперативного вмешательства производится индивидуально интраоперационно для каждого больного. В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Умедов Х.А., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Элмуратов Г.К.
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Частота повреждений двенадцатиперстной кишки составляет от 0,6 до 5% всех травм органов брюшной полости (А.С. Ермолов, с соавт., 2002; А.И. Славов, с соавт., 2011). Летальность при изолированных повреждениях этого органа колеблется от 11,8% до 30,5%, при сочетанных - от 52% до 80% (В.П. Сенько, с соавт., 1998; А.Н. Тулупов, 2015).

Цель исследования. Улучшить результаты лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Основу настоящего исследования составили наблюдения за 26 больными с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) ДПК, находившиеся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2009 по 2019 годы.

В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступили 21 (80,7%) пациент, позже через 24 часа были

госпитализированы 2 (11,1%) пострадавших. Изолированной травма оказалась в 6 (23,0%) наблюдениях. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 77,0%, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы – 6 (23,3%), печени – 7 (26,9%), желчного пузыря – 4 (15,4%), тонкого кишечника – 2 (7,7%) и желудка – 1 (3,8%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 19 (73,0%) случаях, ниже-горизонтальной части – в 5 (19,2%) случаях, верхне-горизонтальной части ДПК – в 2 (7,7%) наблюдениях. В состоянии шока поступили 11 (42,5%) пациентов.

Результаты. При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 6 пациентов ограничили наложением первичного шва. В 8 наблюдениях первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации и проводили за связку Трейтца интестинальный зонд для питания. При повреждениях более половины окружности ДПК у 2 больных первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК, в 4 случаях дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену (антрумэктомия, ствовая ваготомия, гастроэнтероанастомоз на длинной петле, холецистостома). При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки – 2 наблюдения. В последних 6 наблюдениях на поврежденный участок ДПК накладывали дуоденоюноанастомоз на длинной петле с Браунским соустьем с использованием проленовых атравматических нитей и трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации.

В послеоперационном периоде назначали гастропепин, циметидин, ранитидин, квамател, омез, цефепим+метронидазол, меропем, цефоперазон/сульбактам.

Осложнения после хирургического лечения пациентов с травмами и ранениями ДПК возникли у 16 (61,5%). Посттравматический панкреатит наблюдался у 12 (46,2%) больных, несостоятельность дуоденальных швов – у 4 (15,4%) пострадавших с последующим формированием дуоденального свища.

Летальный исход среди пострадавших с травмой и ранениями ДПК наступил у 7 пациентов, при этом летальность составила 26,9%.

Выводы. Выбор метода оперативного вмешательства производится индивидуально интраоперационно для каждого больного. В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

*Умматалиев Д.А., Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Азизов Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

С 2015 по 2020 годы в отделении 1-хирургии АГМИ проведено обследование и оперативное лечение 137 больных с трофическими язвами нижних конечностей. Возраст больных колебался от 23 до 76 лет. Из них у 51 (37,2%) диагностирована декомпенсированная стадия варикозной болезни и у 86 (62,8%) – посттромбофлебитическая болезнь в стадии реканализации. Длительность существования трофических язв составляла от нескольких месяцев до 15 лет. С целью диагностики и оценки эффективности лечения исследована кровеносная и лимфатическая система с применением флебографии, лимфоцитогграфии, ультразвукового дуплексного ангиосканирования, и капилляроскопии. По методам лечения больные разделены на II группы. I- основную составили 78 больных, которым с целью профилактики раневых осложнений в перед и послеоперационном периоде в комплексном лечении применена лимфотропная терапия. С этой целью вводилась лидаза (16 ед. разведенном в 3 мл- 0,25% растворе новокаина), лазикс (20мг.), гепарин 70 ед./на 1 кг. Лимфотропную антибиотикотерапию проводили путем введения ампиокса 0,5 г. или цефамизина (1,0 гр.). С целью лимфоиммуностимуляции вводили тимоптин (100 мг.) или тимоген(0,01%-1,0 мл.). лекарственные препараты вводились с интервалом 2-3 минуты, а конечность бинтовалась эластическим бинтом. В зависимости от состояния оперированной конечностей курс лечения составлял от 9 до 11 дней. Вторую группу, контрольную составили 60 больных, у которых в передоперационной подготовке и послеоперационном введении проводилось традиционное лечение. При анализе пациентов группы хорошие результаты лечения отмечены у 63(82,3%). У них постепенно исчезли боли, уменьшился отек в конечностях и наблюдалось первичное заживление послеоперационных ран. У 52 больных удалось добиться заживления трофических язв. В условиях стационара и у 8 они эпителизировались при дальнейшем амбулаторном лечении. Клинически больные были активны у них исчезли тяжесть в ноге, утомляемость и отеки конечности. Сроки стационарного лечения составили 11+0,5 дней. Неудовлетворительные результаты лечения у 14 больных (17,7%), у которых имелись осложнения со стороны послеоперационных ран. У 10 больных медленно уменьшались, болевой синдром сохранялся, трофические язвы не эпителизировались. Сроки стационарного лечения составили в среднем 19 дней. У больных контрольной группы хорошие результаты лечения отмечены у 44 пациентов (74%). Сроки стационарного лечения составили 17+0,5 дней. При этом уменьшился отек, боль, трофические язвы полностью эпителизировались. Неудовлетворительные результаты лечения отмечены у 16 больных (26%). В послеоперационном периоде у 5 из них имелись краевые некрозы послеоперационных ран и у 11 нагноение.

Таким образом лимфотропная терапия у больных хронической венозной недостаточностью, осложненной трофическими язвами в передоперационном периоде способствовало быстрому улучшению микроциркуляции, ликвидации отека и признаков воспаления, что способствовало подготовки конечности к оперативному вмешательству в более короткие сроки.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВЕДЕННЫХ БОЛЬНЫМ С ЗОБОМ

*Умматалиев Д.А., Саидходжаева Ж.Г., Киличев М.Р., Абдуллаев Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Оперативное лечение заболеваний щитовидной железы не теряет своей актуальности, так как не уменьшается число больных нуждающихся в хирургическом вмешательстве, при неэффективности лечения тиреостатиками, наличием узловых форм поражения щитовидной железы (Л.С.Славина, 1984 г.; Ю.М.Панцырев, 1988 г.; П.С. Ветшев К.Е.Чилингари и др, 2001г.; В.Г. Аристархов, Ю.Б.Крилов, И.В.Пантелеев, 2001г.; Ю.П.Цуканов, 2002г; В.О.Бондаренко др.2001г.). Большое значение в развитии, прогрессировании воспалительных процессов в щитовидной железе имеет лимфатическая система. Лимфатическая система (ЛС) щитовидной железы широко связана с лимфатической системой шеи, подчелюстной области.

Цель исследования. Улучшить подготовку, послеоперационное течение, реабилитацию больных с заболеваниями щитовидной железы, зобом.

Материал и метод лечения. При оперативном вмешательстве на щитовидной железе применен минимальный инвазивный доступ у 35 больных, 26 женщин, 9 мужчин, в возрасте от 22 до 56 лет. При этом у 16 больных диагностирован диффузно-токсический зоб III-IV степени, у 13-смешанный зоб III-IV степени. Выполнено 28 субтотальных струмэктомии 7-гемиструмэктомий.

Учитывая значения лимфатической системы щитовидной железы в развитии и прогрессировании воспалительных процессов отеков, осложнений в периоде подготовки подчелюстной области. По разработанной методике в подчелюстной области вводим последовательно раствор новокаина, гепарин, лазикс, иммуномодулин, затем антибиотики широкого спектра действия (разовую дозу), сеансы ЛТ проводим накануне за 3 дня и после операции.

Результаты лечения. Проведение ЛТ до операции способствовало уменьшению в 60% случаев, и прекращению в 40% случаев неприятных ощущений, чувства тяжести в области щитовидной железы. В послеоперационном периоде боли прекращались на вторые-третьи сутки, не наблюдалась отечность, инфильтрация походов швов. Оперативные вмешательства проводились без затруднений, легко протекал послеоперационный период, по сравнению с контрольной группой идентичных больных.

Выводы. Применение лимфотропной терапии у больных с тяжелыми формами патологии щитовидной железы эффективно, перспективно. Этиопатогенетически воздействует, улучшает подготовку и послеоперационное ведение, повышает иммунный статус, качество жизни больных.

THE VALUE OF DYNAMIC CHANGES OF THE BLOOD CYTOKINE PROFILE IN THE NODAL FORM OF BREAST CANCER

*Urmanbaeva D.A.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. It is believed that breast cancer affects only those who have a genetic tendency to this. This is only partially true. Indeed, women whose direct relatives, especially mothers and grandmothers, suffered from this disease, are at risk and should be regularly examined by a mammologist. However, those diagnoses in whose family no one had this disease were also immune from such a diagnosis.

Approximately 70% of patients had no hereditary predisposition to cancer. The opinion that breast cancer is an exclusively age-related disease that does not threaten young people is also erroneous. Medicine knows cases of breast cancer in young women under the age of 30. Of course, with each passing year, the likelihood of developing breast cancer increases. Up to 40 years, the probability of developing a tumor is 0.5%, at the age of 40-60 years - already 4%, and at the age of 60-80 years - 7%.

Objectives. To study the dynamic shifts of pro-inflammatory and inflammatory cytokines in the blood of patients with nodular breast cancer (breast cancer) in the early and metastatic stages of the disease.

Materials and methods. The concentration of cytokines interleukin-1 ($\wedge$ - 1), interleukin-6 ($\wedge$ - 6), interleukin-8 ($\wedge$ - 8), interleukin-10 ($\wedge$ - 10), tumor necrosis factor alpha (TNF-a) was determined in serum blood tests using the StatFax enzyme-linked immunosorbent analyzer using enzyme-linked immunosorbent assay systems based on the "sandwich" variant of enzyme-linked immunosorbent assay in accordance with the instructions of the manufacturer Cytokine LLC.

All studies were carried out at the time of admission of patients to the hospital, before treatment.

Results. The study included 68 patients with a nodular form of breast cancer (morphologically infiltrative-ductal form) at the initial (T1-2N0M0) and metastasis (T1-3M-2M0) stages of the spread of neoplasia, who were treated in the AOOD for the period from 2015 to 2017 years As the results of the study showed, in patients at the initial stages of the development of breast cancer there were changes in the cytocone status, manifested by an increase in blood levels of $\wedge$ -1, $\wedge$ -8, $\wedge$ -10 and TNF-a. The value $\wedge$ -6 remained within the normal range. The spread of neoplasia beyond the primary focus (metastatic stages of the disease) was invariably combined with more pronounced violations of the cytokine profile of the blood, as indicated by a sharper increase in blood levels of $\wedge$ -1, $\wedge$ -8, $\wedge$ -10 and TNF-a. Also for the first time, an increase in the level of $\wedge$ -6 in the blood was noted.

Conclusions. Monitoring of blood levels $\wedge$ -1, $\wedge$ -6, $\wedge$ -8, $\wedge$ -10 and TNF-a can be used as an objective criterion for the degree of spread of neoplasia in breast cancer. One of the important signs of tumor cell metastasis is an increase in the level of $\wedge$ -6, which is not characteristic of the early stages of the development of the disease.

EFFICIENCY OF PLASTIC OPERATIONS IN BREAST CANCER AFTER RADICAL RESECTION

Urmanbaeva D.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. The urgency of the problem of diseases of the mammary glands is due primarily to the steady growth of this pathology throughout the world. Thus, in the population non-cancerous diseases of the mammary glands are found in 30–70% of women, while with the occurring gynecological diseases, their frequency increases to 76–97.8%. More than 34,000 new cases of breast cancer are detected annually in the world, with a significant decrease in the age of patients. 25% of women under 30 years old and 60% after 40 years are diagnosed with dysghormonal breast diseases (mastopathy). Despite the fact that mastopathy is not an obligate precancer, breast cancer occurs 3–5 times more often against the background of diffuse dysghormonal benign diseases of the mammary glands and 30–40 times more often with nodular forms of mastopathy with manifestations of proliferation of the epithelium of the mammary glands.

Objectives. To study the possibility of performing plastic surgery for breast cancer (breast cancer) after radical resection.

Materials and methods. Radical resection of the mammary gland is a classic organ-preserving operation in which from 1 to 1/3 of the breast tissue with a tumor node and regional lymph nodes is removed. For the reconstruction of the volume of the mammary gland, autografts (pectoralis major muscle and latissimus dorsi muscle) and own mammary gland tissues are used.

Results. The period from 2018 to 2020, 502 patients with breast cancer underwent radical resections with primary reconstruction. The average age of patients is 49.6 years. The initial stages of breast cancer accounted for 77.7%, locally distributed 22.3%. Combined treatment was performed in 90%, surgical treatment in only 10%.

In 49.6%, only radical resection was performed, in 21.3%, breast reconstruction was performed with the pectoralis major muscle, in 22.2% - with the latissimus dorsi muscle fragment, in 6.9% - oncoplastic surgeries, which involve the movement of own tissues breast to eliminate a cosmetic defect. Oncoplastic operations are performed depending on the location of the tumor node and a sufficient size of the breast by different methods.

The time before radiation therapy and drug treatment does not lengthen plastic surgery. Cosmetic results after organ-preserving operations with plastic surgery in 50.1% are excellent, in 41.3%, satisfactory in 8.6%. Preservation of the mammary gland is a method of rehabilitation of patients, improves social adaptation, reduces the percentage of disability. Early postoperative complications were diagnosed in 4.1%, late in 6.3% of patients.

Conclusions. A radical resection of the breast in cancer with simultaneous reconstruction is a radical operation and improves the quality of life of patients. Using various reconstruction methods, in 91.4% of cases they achieve excellent and good cosmetic results.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОНУКЛИДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Большую роль в структуре диагностики рака молочной железы играют скинтиграфические методы исследования. Эти методы существенно расширяют возможность дифференциального диагностического комплекса в установлении окончательного диагноза.

Одним из радионуклидных методов диагностики РМЖ является маммосцинтиграфия (МСГ) с препаратами на основе химического элемента технеция. МСГ позволяет не только дифференцировать само злокачественное новообразование, но и оценить степень агрессивности данной опухоли.

Маммосцинтиграфия с технетрилом является трудоемким и достаточно дорогим методом исследования, но, несмотря на это, его использование в общем комплексе диагностики РМЖ позволяет сократить количество уточняющих инвазивных методик и минимизировать психологический стресс пациенток при осуществлении аспирационной биопсии.

В последнее время в сфере медицинских услуг появляется большое количество методов диагностики заболеваний молочной железы. Несмотря на это, рак молочной железы (РМЖ) продолжает оставаться одной из важнейших медико-социальных проблем и в наиболее активных возрастных группах женщин (25 - 55 лет) занимает одно из первых мест среди причин смертности. Существующий диагностический комплекс диагностики молочной железы, используемый в полном объеме, удовлетворяет требованиям по своевременному выявлению рака молочной железы. Значимую роль в структуре этого комплекса играют скинтиграфические методы исследования молочных желез. Эти методы существенно расширяют возможность дифференциально диагностического комплекса в установлении окончательного диагноза.

Цель исследования. Изучить роль и место маммосцинтиграфии на этапах первичной диагностики и предоперационного лечения у больных раком молочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 130 женщин с заболеваниями молочных желез. В основную группу вошли 110 больных РМЖ (средний возраст 52±8,9). Контрольную группу составили 20 женщин с доброкачественными объемными образованиями молочной железы, средний возраст в этой группе составил 22,5±2,3.

Результаты исследования. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc-МИБИ по чувствительности выявления первичного очага рака молочной железы существенно превосходит планарную скинтиграфию (95,7% и 45,7% соответственно). Только томографический режим может быть использован для диагностики мультицентричного роста злокачественного новообразования, его отечно-инфильтративной формы, визуализации опухоли менее 1 см с чувствительностью 56,2%, 100% и 62,5%, соответственно.

Томографический режим МСГ с ^{99m}Tc-МИБИ, в отличие от планарного исследования, позволяет получить данные о состоянии всех групп регионарных лимфоузлов. Чувствительность выявления регионарных метастазов с помощью ОЭКТ и планарной скинтиграфии с ^{99m}Tc-МИБИ составляет 91,1% и 44,1%, соответственно.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc-МИБИ может рассматриваться в качестве дополнительного диагностического метода, позволяющего оценивать состояние первичного опухолевого очага в процессе проведения неoadъювантной химиотерапии. Значения индексов ОФмакс и ИРмакс, определяемые до лечения и после 2-х курсов химиотерапии, наиболее полно отражают динамику изменений, происходящих в опухолевой ткани, и могут использоваться в качестве предсказывающих критериев.

Таллий-199 хлорид является перспективным радиофармпрепаратом для диагностики злокачественных новообразований молочной железы. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с этим нуклидом обладает высокими показателями чувствительности и специфичности 95% и 100%. Чувствительность метода в выявлении регионарной распространенности опухолевого процесса составляет 60%.

Вывод. В результате проведенного исследования предложен протокол скintiграфического обследования больных раком молочной железы на этапах диагностики злокачественного новообразования. Показана возможность исключения из исследования планарного режима, что позволяет сократить время проведения маммосцинтиграфии с ^{99m}Tc-МИБИ более чем в два раза без потери диагностической эффективности метода. Доказана возможность применения маммосцинтиграфии с ^{99m}Tc-МИБИ у больных раком молочной железы в качестве дополнительного метода динамического наблюдения за опухолевой тканью в процессе неoadъювантной химиотерапии и для предсказания возможного ее эффекта, что позволяет планировать предоперационное лечение.

МОРФОКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО/МУЛЬТИФОКУСНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день, благодаря большому числу исследований, можно говорить о том, что достигнуты серьезные успехи в диагностике и лечении данного заболевания. Тем не менее, имеется ряд важных аспектов, касающихся особенностей клинического течения заболевания, обусловленных характером роста опухоли и развитием различных вариантов прогрессии, которые, безусловно, требуют дальнейшего изучения.

До сих пор особо сложной задачей являются вопросы, касающиеся диагностики, выбора адекватного лечения и прогнозирования исхода заболевания при мультицентрическом/мультифокусном раке молочной железы.

Частота выявления фокусов множественного роста при раке молочной железы, по данным различных авторов весьма вариабельная и колеблется от 3,76 до 58%, но в среднем эта форма роста опухоли наблюдается у 27-30% больных.

Цель исследования. Изучить клинко-морфологические особенности мультицентрического/ мультифокусного рака молочной железы, выявленного при гистологическом исследовании, провести сравнительный анализ с уницентрическим и мульти-центрическим/мультифокусным раком, имеющим клинические проявления.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 133 пациентки раком молочной железы T1-4N0-2M0 в возрасте от 29 до 80 лет, средний возраст составил $54,1 \pm 10,9$ года. Больные находились на лечении в АООД с 2015 по 2020 г.

Результаты исследования. При центральной локализации основного опухолевого узла наиболее вероятно развитие мультицентрического/мультифокусного роста РМЖ, диагностируемого как клинически (11,8%, $p=0,02$), так и выявленного при гистологическом исследовании (12,5%, $p=0,0066$) по сравнению с уницентрическим ростом (1,5%).

Мультицентрический/мультифокусный рак молочной железы, определяемый при морфологическом исследовании, характеризуется большим количеством микрофокусов опухоли, которые относительно равномерно выявляются во всех квадрантах молочной железы по сравнению с клинически диагностированным мультицентрическим/мультифокусным раком ($p=0,000001$).

Мультицентрический/мультифокусный рак молочной железы отличается от уницентрического строением инфильтративного компонента. В центральных отделах опухолевого узла трабекулярные структуры определяются чаще при мультицентрическом/мультифокусном раке по сравнению с УР (соответственно: МРГ-27,1%, МРК-41,2%, УР-14,9%; $p=0,05$ и $p=0,009$). Аналогичная закономерность выявлена для дискретно расположенных групп опухолевых клеток (соответственно: МРГ-25,0%, МРК-17,6%, УР-4,5%; $p=0,006$ и $p=0,03$). По периферии опухоли преобладали дискретные группы клеток (соответственно: МРГ-23,8%, МРК-31,2%, УР-9,6%; $p=0,03$ и $p=0,002$).

При МРГ чаще наблюдается положительный (55,3%, $p=0,015$) и реже отрицательный (29,7%, $p=0,04$) рецепторный статус по сравнению с уни-центрическим ростом опухоли, при этом процент опухолевых клеток, экспрессирующих рецепторы к эстрогенам, существенно ниже ($61,6 \pm 27,7\%$ и $75 \pm 20,6\%$; $p=0,002$). Связи между НЕЯ2/пери статусом и вариантом роста РМЖ не выявлено. Совпадение морфологического строения основного опухолевого узла и микрофокусов - «мультифокусность», выявляется преимущественно при МРК. Различия гистологического строения первичного очага и микрофокусов опухоли - «мульти-центричность» более характерно для МРГ и наблюдается в 2 раза чаще при МРК ($x_2 = 5,4$; $p=0,02$).

Вероятность проявления лимфогенного метастазирования наиболее высока при наличии различных вариантов мультицентрическо-го/мультифокусного роста опухоли, чем при уницентрическом раке молочной железы (соответственно: МРК 70,6%; МРГ 75%; УР 50%; $p=0,01$; $p=0,0000$). Количество метастатических лимфатических узлов при любом варианте мульти-центрического/мультифокусного роста больше, чем при уни-центрическом (МРГ $5,2 \pm 4,2$, МРК $6,3 \pm 5,9$, УР $3,0 \pm 2,5$; $p=0,005$ и $p=0,005$).

Вывод. При определении показаний к выполнению органосохраняющих операций следует принимать во внимание локализацию первичного опухолевого очага. Расположение опухоли в центральных отделах молочной железы сопряжено с наиболее высокой вероятностью проявления мульти-центрического/ мульти-фокусного характера роста новообразования и выраженного лимфогенного метастазирования.

Полученные результаты могут быть использованы при морфологическом исследовании операционного материала после проведения органосо-храняющей операции для определения степени риска развития рецидивов опухоли. Следует

ожидать, что риск развития рецидивов выше в случаях наличия мультицентрического/мультифокусного роста по сравнению с уни-центрическим РМЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ОПУХОЛИ, ЛИМФОГЕННОГО И ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕМ ПРОТОКОВОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место среди всех онкологических заболеваний у женщин и является основной причиной смерти от злокачественных новообразований. Ежегодно во всем мире от метастазов РМЖ умирают почти 500000 больных. Принято считать, что риск появления гематогенных метастазов зависит от определенных характеристик первичной опухоли.

Неблагоприятными прогностическими факторами являются: отсутствие в первичной опухоли эстрогеновых рецепторов, экспрессия онкогена HER-2/neu, размер первичной опухоли 3 см и более, наличие метастазов в аксиллярных лимфатических узлах и количество пораженных лимфатических узлов. Кроме того, на частоту отдаленного метастазирования влияет гистологическое строение опухоли, эмболия лимфатических и кровеносных сосудов в опухолевом узле и, особенно, в ткани молочной железы вне опухоли.

Цель исследования. Определить фенотипические особенности строения первичного опухолевого узла, сопряженные с лимфогенным и гематогенным метастазированием при инфильтрирующем протоковом раке молочной железы. Выделить варианты лимфогенного метастазирования, ассоциированные с генерализацией опухолевого процесса.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 389 больных с инфильтрирующим протоковым раком молочной железы T1-4N0-3M0 с уницентрической формой роста в возрасте от 35 до 80 лет, находящихся на лечении в АООД с 2015 по 2020 г. У 157 (40,4%) пациенток менструальная функция была сохранена, у 232 (59,6%) регистрировалось состояние менопаузы.

Результаты исследования. Проводилось изучение особенностей морфологического строения первичного опухолевого узла. Было обнаружено, что у больных в менопаузе при увеличении размеров опухоли нарастало число типов структур в инфильтративном компоненте, то есть имел место так называемый «фенотипический дрейф». При наличии одного типа структур в инфильтративном компоненте размер первичного опухолевого узла составлял $2,7 \pm 1,3$ см, двух - $3,2 \pm 1,9$ см, трех - $2,8 \pm 1,2$ см, четырех - $3,9 \pm 2,3$ см ($F=4,1$; $p=0,007$). У пациенток с сохраненной менструальной функцией подобного рода закономерности не выявлялись. При наличии одного типа структур в инфильтративном компоненте размер первичного опухолевого узла составлял $3,2 \pm 1,3$ см, двух $2,7 \pm 1,6$ см, трех $3,1 \pm 1,8$ см, четырех $3,3 \pm 1,7$ см ($F=1,0$; $p=0,38$).

Отмечены различия рецепторного статуса опухоли у больных с разным состоянием менструальной функции. Положительный рецепторный статус чаще выявлялся у пациенток с сохраненной менструальной функцией, в сравнении с больными в менопаузе (соответственно: 63,2% и 37,2%; $p = 0,03$). При этом у больных с сохраненной менструальной функцией в случаях с положительным рецепторным статусом опухоли определялись новообразования меньшего размера, в сравнении со случаями с отрицательным рецепторным статусом (соответственно: $1,7 \pm 0,7$ и $4,2 \pm 3,2$; $F = 4,0$; $p = 0,03$).

Определение экспрессионных характеристик опухолевых клеток, строящих разные варианты структур инфильтративного компонента, и состава воспалительного инфильтрата вблизи них позволило обнаружить значительную гетерогенность свойств клеток этих структур. Она проявилась не только уровнем экспрессии в клетках изучаемых маркеров, но и различной степенью взаимосвязи между опухолевыми клетками и клетками воспалительного инфильтрата. Так, наиболее дифференцированные тубулярные структуры характеризовались высокой экспрессией а-катенина (90,9 $\pm$ 12,6%), Бс12 (75,2 $\pm$ 34,7%), низкой пролиферативной активностью (2,1-Б2,0%) и минимальным числом корреляционных связей с клетками воспалительного инфильтрата стромы опухоли.

Таким образом, результаты исследования позволили обнаружить новые морфо-клинические параметры, отражающие закономерности развития трех видов прогрессии рака молочной железы: роста первичного опухолевого узла, лимфогенного и гематогенного метастазирования. Обнаружены существенные различия их проявлений в зависимости от состояния менструальной функции. Главным отличием течения рака молочной железы у больных в менопаузе является связь лимфогенного метастазирования с морфологией первичного опухолевого узла, а гематогенного метастазирования с выраженностью лимфогенного.

Вывод. В результате проведенного исследования выявлены дополнительные морфологические критерии прогноза лимфогенного и гематогенного метастазирования, которые необходимо учитывать при исследовании биопсийного и операционного материала и использовать при планировании комплексного лечения рака молочной железы. Только у больных, находящихся в состоянии менопаузы, вероятность наличия лимфогенных метастазов определяется присутствием в первичном опухолевом узле большого числа (>75%) микроальвеолярных структур.

У этого же контингента пациенток высокий риск развития гематогенных метастазов определяется количеством пораженных лимфатических узлов (N2) и наличием большого числа (>5) totally пораженных метастазами лимфоузлов. Полученные данные могут служить обоснованием дифференцированного подхода к прогнозированию возможного исхода заболевания, оптимизации лечебной тактики у больных раком молочной железы в зависимости от состояния менструальной функции и позволяют улучшить отдаленные результаты.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. За последнее десятилетие в лечении рака молочной железы (РМЖ) достигнут определенный прогресс. Однако заболеваемость и смертность от этого заболевания остаются весьма значительными. За 10 лет (с 2010 г. по 2020 г.) в мире было диагностировано более 10 миллионов новых случаев рака, а умерло от этого заболевания более 7 миллионов человек, что составило 13% от общего количества смертей. Заболеваемость растет, в 2000 году было зарегистрировано более 1 млн. новых случаев РМЖ - наиболее частого онкологического заболевания у женщин. Основной причиной смерти от злокачественных новообразований у женщин был РМЖ - 7% от общего количества смертей от онкологических заболеваний на нашей планете и 15% от числа смертей у женщин.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения распространенных форм рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 133 пациентки, у которых был рак молочной железы T1-4N0-2M0, в возрасте от 29 до 80 лет, средний возраст составил $54,1 \pm 10,9$ года. Больные находились на лечении в АООД с 2015 по 2020 гг.

Результаты исследования. Оптимальной схемой лечения рака молочной железы III стадии является предоперационный курс лучевой терапии в комбинации с хирургическим лечением и послеоперационными курсами химиолучевой терапии. При этом виде лечения получены достоверно лучшие отдаленные результаты, показатель пятилетней выживаемости составил 52%), ($p < 0,005$).

При лечении рака молочной железы IV стадии наиболее высокий показатель 5-летней выживаемости получен при проведении комплексного лечения, где показатель 5-летней выживаемости составил 19% ($p < 0,005$).

При выборе лечения распространенных форм рака молочной железы, целесообразно начинать с предоперационных курсов лучевой терапии.

Вывод. Выявленные причины поздней диагностики позволяют разработать меры, направленные на своевременное выявление больных, что повышает радикализм лечения этих больных, повышает возможность у практического врача правильно оценить состояние и своевременно назначить соответствующее лечение. Определение оптимального алгоритма лечения рака молочных желез позволит улучшить прогноз средней продолжительности жизни больных, а также объективно оценить вероятные осложнения при проведении того или иного метода лечения.

EFFICIENCY OF PLASTIC OPERATIONS IN BREAST CANCER AFTER RADICAL RESECTION

Urmanbaeva D.A.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The urgency of the problem of diseases of the mammary glands is due primarily to the steady growth of this pathology throughout the world. Thus, in the population non-cancerous diseases of the mammary glands are found in 30–70% of women, while with the occurring gynecological diseases, their frequency increases to 76–97.8%. More than 34,000 new cases of breast cancer are detected annually in the world, with a significant decrease in the age of patients. 25% of women under 30 years old and 60% after 40 years are diagnosed with dysghormonal breast diseases (mastopathy). Despite the fact that mastopathy is not an obligate precancer, breast cancer occurs 3–5 times more often against the background of diffuse dishormonal benign diseases of the mammary glands and 30–40 times more often with nodular forms of mastopathy with manifestations of proliferation of the epithelium of the mammary glands.

Objectives. To study the possibility of performing plastic surgery for breast cancer (breast cancer) after radical resection.

Materials and methods. Radical resection of the mammary gland is a classic organ-preserving operation in which from 1/3 of the breast tissue with a tumor node and regional lymph nodes is removed. For the reconstruction of the volume of the mammary gland, autografts (pectoralis major muscle and latissimus dorsi muscle) and own mammary gland tissues are used.

Results. The period from 2018 to 2020, 502 patients with breast cancer underwent radical resections with primary reconstruction. The average age of patients is 49.6 years. The initial stages of breast cancer accounted for 77.7%, locally distributed 22.3%. Combined treatment was performed in 90%, surgical treatment in only 10%.

In 49.6%, only radical resection was performed, in 21.3%, breast reconstruction was performed with the pectoralis major muscle, in 22.2% - with the latissimus dorsi muscle fragment, in 6.9% - oncoplastic surgeries, which involve the movement of own tissues breast to eliminate a cosmetic defect. Oncoplastic operations are performed depending on the location of the tumor node and a sufficient size of the breast by different methods.

The time before radiation therapy and drug treatment does not lengthen plastic surgery. Cosmetic results after organ-preserving operations with plastic surgery in 50.1% are excellent, in 41.3%, satisfactory in 8.6%. Preservation of the mammary gland is a method of rehabilitation of patients, improves social adaptation, reduces the percentage of disability. Early postoperative complications were diagnosed in 4.1%, late in 6.3% of patients.

Conclusions. A radical resection of the breast in cancer with simultaneous reconstruction is a radical operation and improves the quality of life of patients. Using various reconstruction methods, in 91.4% of cases they achieve excellent and good cosmetic results.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МАРКЕРОВ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Необходимость применения различных видов лекарственной терапии при лечении больных раком молочной железы обусловлена особенностями опухолевого роста. Уже на раннем этапе развития опухоли наблюдается отделение злокачественных клеток от первичного очага и метастазирование. Высокая степень жизнеспособности опухолевых клеток при попадании их в другие органы и ткани является одной из причин невысокой эффективности современной лекарственной терапии и обосновывает целесообразность дальнейшего изучения биологии опухоли и индивидуализации лекарственного лечения.

За последние несколько лет в терапии онкологических больных произошли значительные изменения в связи с активным изучением различных молекулярно-биологических факторов, обнаруживаемых при развитии и прогрессирования опухоли, а также использования нацеленных (таргетных) биологических видов терапии.

Известны прогностические факторы рака молочной железы, которые способствуют опухолевой дифференцировке (HER-2/неу, p53 и др.), апоптозу (Bcl-2, Bax, CD95L и др.), ответственны за ангиогенез (стимуляторы ангиогенеза, в т.ч. VEGF, bFGF), показатели пролиферативной активности (Ki-67) и др.

Цель исследования. Оценка влияния различных схем неoadъювантного лечения на содержание VEGF и VEGFR-2 в опухоли и сыворотке крови больных местнораспространенным раком молочной железы, определение клинической значимости этих показателей и их связи с основными клинико-морфологическими характеристиками заболевания.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящей работы послужил анализ 120 исследований у 30 пациенток, наблюдавшихся и получавших лечение по поводу первичного местнораспространенного рака молочной железы в АОД в 2015-2020 гг.

Результаты исследования. Уровни УЕСР и УЕСР11-2 в ткани опухоли не коррелируют с соответствующими сывороточными показателями у больных местнораспространенным раком молочной железы (разница статистически достоверная). Более важным для использования в клинической практике является определения уровня УЕОРЯ-2.

Гиперэкспрессия УЕвРК-2 в опухолевой ткани - фактор неблагоприятного прогноза, достоверно коррелирующий с основными отрицательными клинико-морфологическими прогностическими критериями.

Повышенный уровень УЕСРЯ-2 как в сыворотке крови, так и в цитозоле опухоли может считаться предсказательным фактором гиперэкспрессии НЕК-2/пеи, так как достоверно с ним коррелирует ($p=0,04$, $p=0,03$ соответственно).

Более выраженный клинический и морфологический эффект от проведенного лечения отмечается при уровнях УЕСР в опухоли выше 120 пг/мг белка и УЕСРЯ-2 - выше 200 пг/мг белка, что является показателем эффективности проведенной индукционной терапии.

Степень лечебного патоморфоза достоверно коррелирует с уменьшением экспрессии УЕСР и УЕОРЯ-2 в опухоли, достигая минимальных значений при IV степени патоморфоза ($p=0,04$; $p=0,04$ соответственно).

Неoadъювантная лекарственная терапия по характеру влияния на УЕСР и УЕСР11-2 в опухоли является наиболее эффективным методом лечения.

Вывод. В результате проведенного исследования определена клиническая значимость важнейших факторов ангиогенеза (VEGF и VEGFR-2) у больных местнораспространенным раком молочной железы. Оценены приоритеты использования того или иного субстрата для определения уровня исследуемых показателей (кровь, опухоль). Доказана перспективность дальнейшего изучения экспрессии VEGF и его рецептора VEGFR-2 как прогностических маркеров рака молочной железы, а также факторов, определение которых может иметь решающее значение при выборе тактики противоопухолевой терапии.

FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM AND BREAST TUMORS.

Uрманбаева Д.А.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The high relevance of studying breast diseases is due to the high frequency (30-70% of cases) of occurrence in the population of benign breast diseases and the steady growth of this pathology. According to several authors, the frequency of occurrence of mastopathy increases sharply among women suffering from diseases of the female genital organs.

We have revealed a direct strong correlation between the pathology of the mammary gland and gynecological diseases ($R = + 0.8$) such as uterine fibroids, adenomyosis, endometrial hyperplasia.

Risk factors for the development of DZMZH in women with gynecological diseases are: early menarche, algodismenorrhea, a decrease in the birth rate, termination of the first pregnancy, more than three medical abortions, the absence of postpartum lactation or prolonged breastfeeding (more than a year), the presence of extragenital diseases - digestive diseases, blood circulation, endocrine system, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, respiratory and genitourinary systems.

Objective: the effect of uterine extirpation on the formation of a tumor in the mammary gland.

Materials and methods: 300 patients aged 40-50 years were examined with a diagnosis of Breast formation of unspecified etiology. A retrospective analysis of the medical histories of these women was carried out.

Research methods: a complete clinical and laboratory examination of patients, to clarify the condition of the mammary glands - palpation, ultrasound scanning, mammography (according to indications), puncture biopsy and cytological examination of punctate, surgical treatment, histological examination.

Results: Non-malignant diseases of the reproductive system organs were revealed in 105 patients (group 1). The 135th state was after extirpation of the uterus, while 103 of them had appendages preserved (group 2).

All patients underwent surgical treatment of the mammary glands with subsequent histological examination. The following histological data were revealed in the first group: in 35 patients - fibroadenoma, in 45 - nodular mastopathy with proliferation, in 3 - intraductal papilloma, in 22 - breast cancer. Moreover, in the second group: 40 have fibroadenoma, 9 have nodular mastopathy, 6 have intraductal papilloma, and 48 have breast cancer.

Conclusions: Based on the data obtained, it can be assumed that in the absence of the uterus, the main object of exposure to hormones of the hypothalamic-pituitary-ovarian system are the mammary glands, where proliferative processes are activated. The constant variability of morphofunctional structures and a high degree of sensitivity of the mammary gland epithelium to hormonal influences lead to an increase in the number of diseases of the mammary glands.

СВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ЩИТОВИДНОЙ

*Урунбаева Д.А., Салимова Н.Д., Шавкатхужаев Х.Н.
Ташкентская медицинская академия*

Связь кишечной микрофлоры с щитовидной железой изучено недостаточно, но всё же исследования проводились. Далее приведены результаты нескольких исследований, которые изучали связь между кишечной микрофлорой и щитовидной железой.

Проведенное исследование указывает на изменение состава кишечных микробных таксонов у пациентов с ГР по сравнению с контролем с определенной модуляцией кишечных микробов. Разнообразие оценки бактериального сообщества указывает на то, что кишечная флора пациентов с ГД была менее разнообразной по содержанию, чем при здоровом контроле. Эти данные дают основу для разработки пути болезни в многоплановом проспективном исследовании, чтобы проиллюстрировать механизм микробного дисбактериоза кишечника при болезни Грейвса.¹

В этом сценарии финансируемый Марией Складовской-Кюри проект INDIOG исследует роль кишечных бактерий в патогенезе БГ и ОГ. Кишечник является первой и самой широкой областью доступа бактерий, с самой высокой концентрацией Т-клеток в организме человека и обученной реагировать на микроорганизмы. Интересно, что все факторы окружающей среды, участвующие в патогенезе БГ и ОГ, могут изменять баланс внутри микроорганизмов, находящихся в кишечнике, и влиять на иммунную систему, в частности пропорции регуляторных Treg и воспалительных клеток TH17. Следует надеяться, что изучение патогенеза БГ и ОГ в этом новом аспекте позволит определить новые цели для профилактики и лечения.²

Результаты указывают на роль кишечной микробиоты в модулировании гетерогенности, явной в АКРТ-индуцированной модели БГ и ОГ. В нашем следующем исследовании мы изучим влияние на нашу индуцированную модель изменения микробиоты кишечника с использованием антибиотиков, пробиотиков и переноса фекалий. В наших будущих исследованиях будет изучено, способны ли присутствие, отсутствие или количество определенных бактерий или дрожжей непосредственно изменять иммунный баланс между противовоспалительным ответом Treg и Th17-опосредованным провоспалительным ответом в слизистой оболочке кишечника, как ранее было сообщено в моделях других аутоиммунных заболеваний.^{3,4} Результаты этих экспериментов могут быть подтверждены исследованиями колонизации у животных с гнотобиотиками. Также необходимы такие факторы, как уровень потребления йода с пищей и возраст мышей при иммунизации, которые могут изменять кишечную микробиоту и / или иммунную реакцию.⁵

Выводы. Результаты этих исследований показывают, что доказательства, подтверждающие или опровергающие эффективность применения селена у людей с тиреоидитом Хашимото, являются неполными. Текущий уровень доказательств эффективности добавок селена в лечении людей с тиреоидитом Хашимото основан на четырех рандомизированных контролируемых исследованиях, оцениваемых от неясного до высокого риска ошибки; в настоящее время это не позволяет уверенно принимать решения об использовании добавок селена при тиреоидите Хашимото. В этом обзоре подчеркивается необходимость проведения рандомизированных плацебо-контролируемых исследований для оценки эффектов селена у людей с тиреоидитом Хашимото, и в конечном итоге они могут предоставить надежные данные, которые помогут в принятии клинических решений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

*Усаров Т.А., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Мустафаев А.Л.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Проблемы лечения панкреонекроза обусловлены значительным возрастанием количества больных стабильно высокой летальностью, связанной с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающих высокой частотой развития тяжелого панкреотогенного шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойно-некротическими осложнениями (А.М. Хаджибаев, с соавт., 2017; А.С. Ермолов, с соавт., 2018).

Цель исследования. Изучение результатов видеолапароскопического вмешательства при деструктивном панкреатите.

Материалы и методы. Нами обследовано и оперировано 32 больных с деструктивным панкреатитом. Все больные поступили с клиникой деструктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 12 (37,5%), мужчин – 20 (62,5%). Возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен алиментарный генез поражения поджелудочной железы. У 19 (59,4%) пациентов был диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 8 (25,0%) - смешанный, а у 5 (16,6%) – жировой. У 12 (37,5%) имелись признаки ферментативного перитонита, в 15(46,8%) случаях зарегистрирована ферментативная парапанкреатическая флегмона.

Результаты. Видеолaparоскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (16,6%) больных, абдоминализацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (53,1%). Хорошие результаты достигнуты у 20 (62,5%) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе. В то же время, несмотря на проведенную абдоминализацию и интенсивную антибактериальную терапию, деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 больных, что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна больная, несмотря на проведенную интенсивную терапию и санационные релапаротомии, умерла на 21 сутки лечения от сепсиса. В 4 (12,5%) случаях у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований.

Выводы. Применение ранних видеолaparоскопических вмешательств в комплексном лечении больных со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть abortивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В тоже время видеолaparоскопическая абдоминализация поджелудочной железы, к сожалению, далеко не всегда предотвращает инфицирование и прогрессирование панкреонекроза и зачастую требует последующего более радикального лечения.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Усмонова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает одно из первых мест среди ЛОР заболеваний. Несмотря на большое количество проведенных клинических и научных исследований, посвященных этой проблеме, сохраняют свою актуальность до настоящего времени. Распространенность ХТ во всех возрастных группах остается высокой.

Целью настоящего исследования. Разработать эффективной комплекс терапии хронического тонзиллита.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 80 больных в возрасте от 6-х до 30 лет. Из них 45 детей были с хроническим токсико-аллергическим тонзиллитом, которая составляли основную группу и 35 больных были с хроническим токсико-аллергическим тонзиллитом (контрольная группа). Больные основной группы получали промывание лакун небных миндалин антисептическим раствором Лоробена и местную магнитолазерную терапию. Антисептический раствор Лоробен содержит в своём составе хлоргексидин, оказывают антимикробное действие. Бактериостатический эффект обусловлен кислой реакцией препарата. Не содержит спирта, может применяться у детей. Компонентов препарата придаёт раствору антибактериальный, противовоспалительный, обезболивающий действия. А больные контрольной группы для промывания лакун небных миндалин использовались 2% раствором фурацилина и местно УВЧ. Продолжительность курс лечения составляло в среднем 8-10 дней. Наблюдение показало, что на фоне проводимой комплексной терапии уменьшилась отечность небных миндалин и дужек, лакуны очищались от патологического содержимого, исчезали признаки регионарного лимфаденита, полная нормализация общего самочувствия и местной фарингоскопической картины наступала у больных основной группы к концу первой недели, а контрольной группы средним в через 2 недели.

Выводы. Разрабатываемые лечебные мероприятия, позволяют представить в учреждения практического здравоохранения определяющих в основу разработки методических рекомендаций медицинского и организационного характера, направленных на сохранение здоровья детского населения, снижение заболеваемости и оптимизации медицинской помощи.

Предлагаемая схема лечения ХТ позволяет осуществить индивидуальный к конкретному пациенту и пролонгировать эффективность подход профилактики и лечения, а также снизить заболеваемость у больных с хроническим тонзиллитом.

ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СИНУСИТА ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Усмонова Н.А., Касимов Х.К., Касимов К., Норбоев З.К., Мадаминаева Н.Э

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Аллергический ринит (АР) является одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита в детском возрасте. На фоне аллергии инфекционные и гнойно-воспалительные процессы протекают бурно и часто дают тяжелые осложнения.

Цель исследования: Разработать новые подходы комплексного лечения острых синуситов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. Обследовали и проводили лечение 46 больных детей с острым синуситом на фоне АР.

Проводился ступенчатый метод терапии. В начале для орошения полости мы применяли солевой раствор “Дельфин”. манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур. После орошения мы применяли назальный спрей Форинекс. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие. Спрей Форинекс впрыскивали в каждую ноздрю 1 раз в сутки в течении 4-6 дней.

С целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли комбинированный назальный антибактериальный топический спрей “Неладекс Н.С.”, оказывающий противовоспалительное, антибактериальное и сосудосуживающее действия. При таком способе введения лекарственные препараты проникают в труднодоступные области носа и пазухи, антибиотик непосредственно контактирует с микрофлорой в очаге воспаления. Спрей “Неладекс Н.С.” впрыскивали в каждый носовой ход 3 раза в день, в течении 4-6 дней.

После лечения у 95,6% детей полностью исчезли головные боли, слабость и гипосмия, дыхание через нос восстановилось, прекратились выделения из носа и носоглотки, нормализовалась температура тела. При риноскопии: слизистая полости носа розовая, носовые ходы чистые.

Выводы: 1. На фоне аллергии происходит отек слизистой оболочки полости носа, с нарушением вентиляции и мукоциллиарной функции слизистой оболочки, что приводит к скоплению секрета в пазухах, который способствует вторичному инфицированию.

2. Основным направлением лечения острого синусита на фоне АР является устранение проявлений аллергии, достижение стойкой бактерицидной концентрации антибиотиков в носу и околоносовых пазухах, улучшения дренажной и вентиляционной функций околоносовых пазух.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ АНГИН.

Усманова Э.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность стрептококковой ангины обусловлена не только широким распространением, но и большим количеством осложнений. Известно более 80 осложнений (острая ревматическая лихорадка (ОРЛ), постстрептококковый гломерулонефрит, полиартрит, системный васкулит, инфекционно-аллергический миокардит, отит, перитонзиллярный абсцесс и т. д.). Повсеместное распространение, тяжесть заболевания, высокая частота неблагоприятных исходов стрептококковых инфекций подчеркивает актуальность заболеваний, вызванных *S.pyogenes*.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности тонзиллитов, обусловленных *S.pyogenes*.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование 395 больных в возрасте от 7 до 63 лет с диагнозом «острый тонзиллит», госпитализированных в ангинозное отделение инфекционной больницы Андижанской области и клиники НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний. Анализированы клинические и лабораторные данные больных. Всем больным проведено культуральное исследование слизи из миндалин. А также проведено экспресс-тест (иммунохроматографический метод «СтрептотестR» Франция) для определения β-гемолитического стрептококка группы А.

Результаты исследования. Обследованные больные госпитализировались в острый период заболевания (1-й день болезни (46/11,6%), на 2-4 дни болезни (280/71%), случаи поздней госпитализации 5-6 дни 69/17,4% больных от начало заболевания). Больные распределялись по кратности заболевания: первичная форма (впервые заболевшие ангиной) регистрировалась у 323 (82 %), рецидивирующая (частые рецидивы ангины в анамнезе) у 72 (18,2%) пациентов, (81/20,5%) больных имели контакт с больным со скарлатиной, ангиной в семье, в школе и др. По характеру местного процесса преимущественно диагностировалась катаральная ангина – 37 (9,36%) больных, фолликулярная ангина – 288 (73%) больных, лакунарная ангина – 69 (17,46%) больных. Фибринозно-некротическая ангина диагностирована у 1 больного – 0,25%. Из 395 образцов носоглоточной слизи *S.pyogenes* идентифицирован у 135 больных, из них культуральным методом *S.pyogenes* выделен от 73 больных (54,07%) и иммунохроматографическим методом от 92 больных (68,14%). У 64 больных была выделена *Staphylococcus aureus*, 15 больных *Staphylococcus spp*, 12 больных *Staphylococcus epidermidis*, 4 больных *Citobacterius*, 49 больных *Candida*.

Клиническая картина у всех больных (135/100%) характеризовалось острым началом с повышением температуры тела до 39-40°C и сопровождался ознобом, явлениями синдрома общей инфекционной интоксикации (головная боль 127/94%, чувства недомогания, общей слабости, а также болями в мышцах конечностей и суставах), у всех больных отмечался боли, усиливающиеся при глотании, осиплость голоса 89 (66%) больных, увеличение шейных лимфатических узлов 114 (84,4%) пациентов. При осмотре ротоглотки определена характерные местные изменения и дала возможность установить форму ангины. Среди сопутствующих заболеваний в 14,07% случаев оказалось пиелонефрит, 14,81% случаев острый бронхит. Самое частое осложнение – отит наблюдалось у 13 (9,62%) больных. Отит возникал как в начале, так и в позднем периоде тонзиллита. Острый ларингит наблюдался у 12 (8,88%) больных, острый синусит у 9 (6,66%) больных, а 3 (2,22%) больных отек гортани.

Характерной особенностью течения тонзиллита явились анализе крови в остром периоде заболевания выявлено лейкоцитоз, относительный нейтрофиллез, СОЭ у 4 (3%) больных не превышало 9 мм/ч, 17 (12,5%) больных – превышала 10 мм/ч, у 114 (84,44%) больных – от 10 до 20 мм/ч.

Выводы. характерной клинико-лабораторной особенностью течения стрептококкового тонзиллита у больных явилось острое начало заболевания (гипертермия, интоксикация, поражение миндалин и шейных лимфоузлов), а также лейкоцитоза только у большинства обследованных, при одновременном увеличении СОЭ с 10-20 мм/ч. На основании совокупности клинико-лабораторных данных разработано стандартное определение случая острого тонзиллита, способствующей скорейшего выздоровления больных и предупреждения осложнений заболевания на основе его своевременной ранней диагностики.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы. Острый калькулезный холецистит на всей территории земного шара по распространённости входит в «тройку лидеров» среди хирургических заболеваний органов брюшной полости, конкурируя с острым аппендицитом и острым панкреатитом, и до 55% случаев является причиной всех госпитализаций в отделения

неотложной абдоминальной хирургии. В последние годы отмечается увеличение количества осложнённых форм острого холецистита холедохолитиазом и механической желтухой, что обусловлено лучшим выявлением данной патологии, благодаря внедрению в клиническую практику современных диагностических методик. Следует отметить, что механическая желтуха, как признак нарушения оттока жѣлчи при холедохолитиазе, ведѣт к прогрессированию гепатита, поражению нервной системы и других органов и систем, что отягощает течение заболевания.

Хирургические операции при остром холецистите, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, особенно выполняемые в экстренном порядке на высоте желтухи и на фоне выраженных патоморфологических изменений в подпечѣночном пространстве и зоне гепатодуоденальной связки, всё ещё сопровождаются большим числом интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов, достигающих 5-15%. Своевременная ликвидация желтухи и патологии желчных путей позволяют провести эффективную профилактику развития билиарного панкреатита, холангита, холангиогенных абсцессов печени и билиарного сепсиса.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненной холангитом и механической желтухой путѣм разработкой и применением индивидуализированной этапной миниинвазивной хирургической тактики.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 118 больных с острым калькулезным холециститом, осложненной холангитом и механической желтухой, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Комплексное обследование больных показало, что патологический процесс локализовался не только в желчном пузыре, но и часто осложнялся вместе холедохолитиазом с катаральным (25%), фибринозным (23,5%) и гнойным холангитом (27,9%), а также билиарным панкреатитом (13,2%), парапузырным инфильтратом и абсцессом (7,4%), местным перитонитом (3,0%).

Основную группу составили 64 (54,2%) больных. Из них 43 (67,2%) женщин и 21 (32,8%) мужчин. Средний возраст больных - 52,8±3,4 года. В этой группе использована индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения желтухи и холангита.

У этой группы больных применяли предварительную декомпрессию желчевыводящих путей с эндобилиарным лаважем использованием препарата Декасана, а также на втором этапе хирургического лечения использовали минилапаротомный доступ по методике клиники.

Способ эндобилиарного лаважа: Всем больным основной группы после оперативных вмешательств проводили эндобилиарный лаваж с применением 0,02% антисептика Декасана в комплексе лечения. Эндобилиарный лаваж проводили через установленные наружные дренажи холедоха или назовилиарные дренажи капельным методом по 100 мл 3 раза в сутки. Перед использованием препарата подогревали до температуры тела и добавляли 0,5% раствор новокаина. Соотношение раствора новокаина и Декасана - 1:3. Курс лечения составлял в среднем 5-7 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения, увеличение частоты лаважа проводилось по показаниям, обосновывалось течением болезни, по данным бактериологических исследований желчи, срокам устранения холангита и желтухи.

В контрольной группе (54 больных - 45,8%) использована традиционная хирургическая тактика лечения больных.

Результаты исследования. Анализ результатов проводимой комплексной терапии показал, что у больных основной группы уже на 2-3 сутки после операции уровень общего билирубина достоверно снизился на 55,1% относительно исходных данных. Уровень щелочной фосфатазы нормализовалось в этой группе на 4-5 сутки после оперативных вмешательств. Уровень АсТ/АлТ у больных основной группы к этому сроку достоверно снизился на 34,4%/30,5% соответственно, а уровень креатинина снизился на 35,6%.

В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась на 3 сутки после операции на 32,6% относительно исходных данных. Динамика уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показывает, что использование эндобилиарного лаважа и мини-доступа за счет положительного воздействия на эндогенной интоксикации, значительно повысило эффективность детоксикационной терапии.

Уровень тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA у исследуемых групп больных при поступлении был повышен до 6,2±0,3 балла, что соответствовало вероятности летального исхода от 27,5% до 39%. В результате проведенной комплексной терапии уровень тяжести полиорганной недостаточности в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшилась на 23,7% относительно исходных данных. На 7-сутки после операции эта разница составила 72,5%, что в 4,4 раза меньше чем при поступлении, и в 1,9 раза, чем при традиционном лечении.

Общее количество осложнений в контрольной группе составило 16,1% больных, а летальность - 7,4% (4 больных). Применение индивидуализированной этапной хирургической тактики с предварительной декомпрессии использованием эндобилиарного лаважа существенно повысило эффективность лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Летальных исходов в основной группе не было.

Выводы:

Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, должна быть дифференцированной и зависит от степени выраженности деструктивных процессов в жѣлчном пузыре, тяжести механической желтухи и развившихся системных воспалительных осложнений.

Разработанная индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика с использованием метода эндобилиарного лаважа и минилапаротомного доступа при остром калькулезном холецистите, осложненной холангитом и механической желтухой является патогенетически обоснованной, так как она приводит к более раннему купированию клинико-лабораторных проявлений холангита и эндогенной интоксикации, ускоряет купирование полиорганной недостаточности, способствует уменьшению послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания больных в стационаре и снижению летальности.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) обуславливает ее ведущее место в структуре хирургических заболеваний. По современным данным, желчнокаменной болезнью страдает более 10% населения планеты, при этом число пациентов неуклонно увеличивается. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Установлено, что в возрастных группах 60-70 лет и старше популяционная частота холецистолитиаза составляет 25 и 30%, соответственно. В этой связи желчнокаменная болезнь и связанные с ней многочисленные осложнения, одним из которых является острый холецистит, остаются одними из самых распространенных патологических состояний как терапевтического, так и хирургического профиля, а проблема рационального лечения этих заболеваний является одной из наиболее актуальных в современной медицине.

Цель исследования. Определить рациональной хирургической тактики при лечении острого калькулёзного холецистита на основании сравнительного анализа результатов различных способов холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Нами проведен сравнительный анализ результатов у 1171 оперированных больных с острым калькулёзным холециститом в экстренном порядке больных на базе кафедры хирургии и урологии АГМИ за период 2016-2019 гг. Все больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 662 (56,5%) оперированных больных с открытым способом. Из них у 543 (82%) больных произведена холецистэктомия с применением минилапаротомии по методу клиники, а у 119 (18%) больных – традиционная лапаротомия. Вторую группу составили 509 (43,5%) больных, у которых произведено лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты исследования. В настоящее время хирурги на постсоветском пространстве формально придерживаются «активно-выжидательной» тактики, предполагающей деление пациентов по клиническому течению и эффективности консервативного лечения на три группы. Больные первой группы должны быть прооперированы по экстренным показаниям в течение 2-3 часов после соответствующей предоперационной подготовки. Больные второй группы подлежат консервативному лечению. Если в течение 24-72 часов консервативная терапия неэффективна, нарастают явления воспаления и интоксикации, пациенту показано срочное оперативное вмешательство. Больным третьей группы, у которых консервативное лечение эффективно, проводится поздняя отсроченная операция после дополнительного обследования.

В настоящее время совершенствование медицинских технологий, оснащение экстренных отделений современной техникой, обучение хирургов современным методикам позволяет ставить вопрос об изменении тактических подходов. Вопрос о выборе тактики лечения больных с острым холециститом решается уже в первые часы пребывания в стационаре. Особенно опасны деструктивные формы данного заболевания, исход лечения которых напрямую зависит от своевременности определения показаний к оперативному лечению. По нашему мнению, тактикой выбора является «активно-индивидуализированная хирургическая тактика», которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения заболевания. Проводить 1-3 суток консервативную терапию – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании острого процесса минилапаротомия и/или лапароскопическое вмешательство станет невозможным.

По результатам сравнительного анализа среднее время операции в первой группе составило $66,33 \pm 6,1$ минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа в среднем составила $47,52 \pm 4,2$ минуты. У второй группы больных средняя продолжительность операции составила $52,47 \pm 5,2$ минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии, были связаны с инфильтративно-спаечными изменениями в подпеченочном пространстве, с синдромом Мириizzi и внутрипеченочным расположением желчного пузыря по 2 (0,4%) больному соответственно. Интраоперационные осложнения, приведшие к расхождению доступа, имели место в 11 (9,2%) наблюдениях в первой группе. Во всех 11 наблюдениях во время операции отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в первой группе развились у 12 (1,8%) наблюдений. Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: несостоятельность культи пузырного протока у 5 больных, кровотечение из ложа желчного пузыря у 3 больных, нагноение послеоперационной раны у 2 и инфильтрация раны у 2 больных. В 5 (0,7%) наблюдениях была выполнена релапаротомия с повторным лигированием культи пузырного протока. Частота осложнений во второй группе больных, у которых операция произведена лапароскопическим методом составила 1,3% (несостоятельность культи пузырного протока у 3 больных, кровотечение из ложа желчного пузыря у 4 больных).

Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем традиционной. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию из традиционного широкого доступа. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций в большинстве случаев было гладким. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из минидоступа, средний койко-день составил $7,3 \pm 0,4$ дня. Во второй группе продолжительность койко-дня составило $5,1 \pm 0,3$ дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. Средний койко-день у этих пациентов составил $9,3 \pm 0,7$ дня.

Выводы: Преимущества применяемой нами в настоящее время тактики очевидны: сокращение средней длительности пребывания больных на койке (на 21,5% и 45,1% соответственно), экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту;

Применяемая нами тактика при лечении острого калькулёзного холецистита, позволила значительно снизить летальность (в последние годы до 1,2%) и количество послеоперационных осложнений;

Проведенный сравнительный анализ результатов в зависимости от способа операции показало что, переход от методики традиционной к малоинвазивным технологиям позволил существенно снизить частоту ранних послеоперационных осложнений, отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток и соответственно положительно влияет к снижению пребывания больных в стационаре.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Усмонов Х.К., Кадиров Ш.Н., Ахмадалиев С.М., Йулдошев А.А., Усмонов Э.И.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Проанализирован опыт диагностики и лечения посредством малоинвазивных хирургических вмешательств пациентов с механической желтухой различной этиологии, на основании чего выработан лечебнодиагностический алгоритм.

Несмотря на рост заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненной механической желтухой, их дифференциальная диагностика до сих пор очень сложна. Это обусловлено как отсутствием патогномичных клинико-лабораторных признаков, так и сложностью анатомофизиологических взаимоотношений. Очевидна необходимость в использовании исследований, имеющих высокую надежность, точность и позволяющих максимально быстро поставить диагноз и начать лечение. В настоящее время общепризнанна целесообразность двухэтапного хирургического лечения МЖ. На первом этапе малоинвазивными методами с минимальным риском добиваются ликвидации билиарной гипертензии, разрешения явлений.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с МЖ путём выработки оптимального лечебно-диагностического алгоритма на основе изучения эффективности существующих методов исследования и малоинвазивных способов декомпрессии желчевыводящих путей.

Нами проанализированы результаты обследования и декомпрессии ЖВП малоинвазивными методами при МЖ у 56 пациентов.

Было установлено, что клиническая картина, лабораторные показатели не несут существенно важной информации об этиологии механической желтухи.

Для дифференциальной диагностики применялись неинвазивные и малоинвазивные лучевые методы исследования: УЗИ-исследований, МРХПГ – 26, МСКТ – 22, ЭРХГ – 19. С целью определения информативности оценивалась, выявляемость конкрементов, стриктур ЖВП, объемных образований, расширения внутрипеченочных желчных путей, общих печеночного и желчного протока.

В качестве малоинвазивных методов разрешения МЖ применялись различные виды эндоскопической декомпрессии.

На основании полученных данных разработан трёх этапный лечебно-диагностический алгоритм, который может быть реализован в сжатые сроки.

На первом этапе всем пациентам проводятся скрининговые исследования – УЗИ, ЭГДС. Удаётся достоверное подтвердить механической характер желтухи, выявить опухолевое поражение в области БДС, оценить возможность выполнения ЭРХПГ. В ряде случаев возможно определить причину и уровень блока желчеотделения: холедоолитиаз -18, опухолевые поражения 16. Выявление холедоолитиаза является показанием для проведения ЭРХПГ и эндоскопической декомпрессии. Однако у значительного количества пациентов установить точный диагноз на первом этапе не представляется возможным. Это наблюдается, когда МЖ обусловлена рубцовыми структурами и холангитом, внутрипротоковой опухолевой патологией, конкрементами и опухолями небольших размеров.

На втором, уточняющем этапе алгоритма, целью которого является определение причины и уровня билиарной обструкции у всех пациентов, применяются МРХПГ и МСКТ. При наличии по данным УЗИ объемного процесса, подозрительного на опухоль, выполняется МСКТ, в остальных случаях МРХПГ. Если по данным МРХПГ выявлено опухолевое поражение, исследование также дополняется МСКТ с целью оценки распространенности процесса. Данных полученных на этом этапе, достаточно для выбора адекватного метода прямой холангиографии и малоинвазивной декомпрессии ЖВП.

Третий этап представляет собой сочетание диагностических инвазивных рентгеноконтрастных методов и дренирующих вмешательств. Выполнение ЭРХПГ с последующей эндоскопической декомпрессией при холангиолитиазе, стриктурах терминального отдела холедоха, стенозирующем папиллите, опухолевым поражении БДС.

В процессе реализации данного алгоритма удаётся установить локализацию и характер блока желчеотведения, распространенность патологического процесса на окружающие органы и ткани, произвести декомпрессию ЖВП, как первый этап хирургического лечения, наиболее оптимальным способом. Эффективность разрешения МЖ при его использовании составила 92%.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Основу настоящей работы составил анализ результатов лечения 241 больного желчнокаменной болезнью, осложненной патологией терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка, госпитализированных в нашу клинику в

течение последних 7 лет по неотложным показаниям с калькулезным холециститом, 99 (41%) с клиникой механической желтухи. Преобладали женщины (72,3%). Больные старше 60 лет составили 70%.

Для оптимизации диагностики и лечения всем больным строго выполнялся дифференцированный лечебно – диагностический алгоритм, включающий клиническое и лабораторное обследование, эхографию, ЭГДС, релаксационную дуоденоскопию и ЭРПХГ – на 3-5 сутки. ЭРПХГ служила для окончательной верификации диагноза и выбора лечебной тактики. Динамическая гепатобилисцинтиграфия выполнена 96 пациентам с целью ранней диагностики нарушения проходимости терминального отдела холедоха, контроля восстановления пассажа желчи после эндоскопической папиллотомии. Показаниями к ЭРПХГ служили: острый и хронический рецидивирующий панкреатит, механическая желтуха и желтуха в анамнезе, билирубинемия более 30 мкмоль/л, увеличение показателей маркёров холестаза, изменения Фатерова сосочка и околосопочковой области при ЭГДС, расширение холедоха более 7-8 мм, наличие конкрементов при УЗИ, холангит.

По степени тяжести холестаза больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 142(58,9%) больных без механической желтухи, 2 группу – 99(41,1%) больных с клиническими проявлениями механической желтухи. Холедохолитиаз, выявленный у 128 (54%) больных, наиболее часто вызывал нарушение пассажа желчи, в 76 % случаев сопровождался заболеваниями БДС, парафатеральной области и терминального отдела холедоха. Другой частой причиной нарушения проходимости желчных путей были стеноз БДС (11%) и терминального отдела холедоха (33%), нередко в сочетании с папиллитом (20%) и парафатеральными дивертикулами (22%). У пациентов 1 группы преобладали стеноз ТОХ и устья БДС (13,3%), парафатеральные дивертикулы (25,3%), папиллит (22,5%), холедохолитиаз встречался реже (38%). У пациентов 2 группы с механической желтухой наиболее часто выявлялся холедохолитиаз, который осложнился холангитом в 21,2% случаев. Эндоскопическое исследование желчных путей начинали с ЭГДС, релаксационной дуоденоскопии. Окончательный диагноз был подтверждён после ЭРПХГ, которая позволяла установить причину, уровень и степень обтурации желчевыводящих путей. Внепеченочные желчные протоки удалось контрастировать после канюляции у 90 % больных. Точность диагностики стеноза ТОХ, устья БДС составила 99%, холедохолитиаза – 98,7%. При невозможности контрастировать желчные протоки, катетеризировать устье БДС предварительно производили диагностическую папиллосфинктеротомию. Результаты высокоинформативных эндоскопических диагностических методов: ЭГДС и ЭРПХГ определяли дальнейшую лечебную тактику.

Для восстановления проходимости внепеченочных желчных путей широко использовали ЭПСТ, которая выполнена 195 (80 %) больным с холедохолитиазом, стенозом терминального отдела холедоха, стенозом БДС, стенозирующим папиллитом, парафатеральными дивертикулами. Атипичная папиллотомия произведена в 38,5 % случаев, многоэтапная – в 44 %. Широко использовали - папиллотомию “по катетеру”, после установления НБД. Адекватной является папиллотомия протяженностью 1,5-1,8 см. Протяженность рассечения сфинктера определялась распространением стеноза, размерами и количеством конкрементов. Полное удаление конкрементов достигалось при литоэкстракции. Для удаления конкрементов более 1 см при невозможности адекватной папиллотомии использовали механическую литотрипсию у 7 пациентов. 11 больным (5%) эндоскопические методы не позволили удалить крупные конкременты холедоха при парафатеральном дивертикуле, протяженном стенозе ТОХ, что потребовало выполнить традиционное оперативное вмешательство.

С целью декомпрессии и санации желчевыводящих путей мы широко использовали НБД, длительный лаваж. НБД произведено 235 пациентам. Эндоскопическое лечение проводилось в 2 этапа. Первым этапом производили НБД, декомпрессию и санацию желчных путей, что позволяло купировать механическую желтуху и холангит, стабилизировать состояние больного, вторым выполняли отсроченную ЭПСТ, литоэкстракцию с целью окончательного устранения холестаза. Средняя продолжительность НБД составила 4-5 суток. НБД позволило произвести адекватную декомпрессию и купировать симптомы механической желтухи, холангита в 96,5% случаев. Хирургическая тактика носила этапный характер. Комплексное дифференцированное использование лечебных эндоскопических методов: ЭПСТ, НБД, лаважа желчных протоков, проведение механической литоэкстракции и литотрипсии позволило добиться положительных результатов в 95% случаев и выполнить 215 пациентам лапароскопическую холецистэктомию. Наиболее оптимальными сроками операции у больных с механической желтухой считались 6 -7 сутки после устранения патологии желчных протоков. В среднем предоперационный период составил 4-5 суток. Для профилактики желчной гипертензии дренаж оставляли после операции в течение 3 суток. Противопоказаниями к ЛХЭ считали: крупные конкременты холедоха, протяженный более 2 см, стеноз терминального отдела, опухоли желчных протоков.

Таким образом, дифференцированная лечебно-диагностическая тактика с использованием комплексных эндоскопических методов позволила в 95% случаев устранить причину желчной гипертензии, холестаза, сократить предоперационную подготовку и общее время пребывания больного в стационаре, уменьшить число осложнений и летальных исходов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми могут быть признаны те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи. Проблемы дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время. Хирургические вмешательства у больных механической желтухой, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается ликвидировать до операции.

Цель исследования. Улучшение методов, тактики лечения механической желтухи.

Проведен анализ лечения 186 больных с механической желтухой, находившихся в РНЦЭМП Андижанского филиала в 2017-2019 гг. Возраст пациентов колебался от 17 до 85 лет. Всем поступившим больным с клиникой механической желтухи выполнялась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Общее количество РХПГ 159. Из них папиллосфинктеротомия (ПСТ) была произведена 109 пациентам, 19 пациентам выполнено стентирование и 16 пациентам - дренирование желчных путей.

Выводы. Выполнение ретроградных эндоскопических методик при механической желтухе дает возможность отказаться от травматичных экстренных вмешательств и проводить оперативное лечение в более выгодных условиях.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Определение роли и возможностей лапароскопии в лечении распространенного перитонита.

Материалы и методы исследования. С 2017 по 2019 года лапароскопические вмешательства выполнены у 48 пациентов, поступивших в клинику с острыми хирургическими заболеваниями, осложненными распространенным перитонитом (мужчин - 31, женщин - 17, в возрасте от 15 до 81 года; средний возраст - 42,4 года). Давность заболевания на момент поступления: до 6 часов - 13 больных, от 6 до 12 часов - 10, от 12 до 24 часов - 12, более суток - 13 больных. Диффузный перитонит имелся у 32 больных, разлитой - у 16. Источник перитонита: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки - 20, деструктивный аппендицит - 23, по одному больному пришлось на долю пациентов с перфоративной желудочной язвой, острым холециститом, гнойным оментитом, гнойным сальпингоофоритом, опухолью тонкой кишки с перфорацией и абсцессами малого таза. После выполнения лапароскопической ревизии брюшной полости, определения распространенности перитонита и верификации его источника выполнялась лапароскопическая санация брюшной полости, включающая лапароскопическую ликвидацию источника перитонита и промывание брюшной полости раствором антисептика (диоксидин, фурацилин). При диффузном перитоните выполнялась локальная, прецизионная обработка промыванием антисептиком лишь пораженных областей брюшной полости. При разлитом перитоните проводилась общая санация во всех областях брюшной полости. Все операции заканчивались дренированием полости малого таза 10-мм дренажем.

Результаты исследования. Из общего числа больных (48) у 3 пациентов с острым деструктивным аппендицитом и 1 больного с гнойным оментитом во время выполнения диагностической лапароскопии адекватная лапароскопическая санация брюшной полости признана невозможной из-за наличия плотных, массивных наложений фибрина с тенденцией к формированию межпетлевых абсцессов, а также выраженного пареза тонкой кишки. Этим больным выполнена срединная лапаротомия и впоследствии у 1 из них - санационная релапароскопия. Ещё у 3 больных лапароскопическая санация выполнена после срединной лапаротомии по поводу разлитого перитонита, вместо релапаротомии. У 17 пациентов произведена лапароскопическая санация брюшной полости после ликвидации источника перитонита из малого хирургического доступа (15 аппендэктомий, 2 пилоропластики). У 24 больных выполнена лапароскопическая ликвидация источника перитонита (18 ушиваний перфоративной язвы, 4 аппендэктомии, 1 холецистэктомия) с последующей санацией брюшной полости под контролем лапароскопа. В целом из 48 больных санационные релапароскопии были выполнены у 8 больных с разлитым и 1 пациента с диффузным перитонитом. При этом у 6 из них выполнено по одной повторной операции, у 2 - по две и у 1 больного - 3 релапароскопии. Интраоперационных осложнений не было. Имелось одно послеоперационное осложнение - инфильтрат в правой подвздошной области после аппендэктомии из доступа по Волковичу-Дьяконову, успешно излеченный консервативно. Умер 1 пациент 81 года с острым гангренозно-перфоративным холециститом, разлитым фибринозным перитонитом через 2 часа после санационной релапароскопии от инфаркта миокарда.

Заключение. Лапароскопическая санация брюшной полости у больных с распространенным перитонитом, обладая меньшей травматичностью, столь же эффективна, как и традиционная санация из широкого лапаротомного доступа. Комбинация лапароскопической санации с вмешательствами на источнике перитонита из малого хирургического доступа расширяет возможности малоинвазивного вмешательства при этом заболевании.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ - ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Ежегодно в медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости нуждаются 5,6% населения развитых стран. Основной вклад в структуру заболеваемости вносят следующие нозологические формы: острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перфорация язвы, острая кишечная непроходимость.

Цель исследования. Выполнить ретроспективное исследование результатов диагностики и лечения ряда острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, применяя анализ малоинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования. Выполнено ретроспективное исследование лечения пациентов с диагнозом острого аппендицита, острого холецистита и прободной гастродуоденальной язвы, оперированных в двух крупных госпитальных базах города Андижан. Оценены результаты приоритетного применения малоинвазивных способов лечения

в неотложной хирургии, при котором учитываются тенденции в изменении эпидемиологии основных нозологий на основании сравнения полученных результатов лечения по сравнению с классическими методами.

Результаты и заключение. Преобладание пациентов молодого и среднего возраста, оперированных с острым аппендицитом и прободной гастродуоденальной язвой, позволяет приоритетное использование малоинвазивных операций. Снижение количества осложнений и сокращение послеоперационного койко-дня, сопровождающие малоинвазивные операции при этих нозологиях, позволяют считать их приоритетными. Количество пациентов с прободными гастродуоденальными язвами уменьшилось. Увеличение количества малоинвазивных операций возможно за счет использования мини-доступа. Увеличение среднего возраста оперированных с острым холециститом ограничивает применение лапароскопических операций, увеличение малоинвазивных операций возможно за счет холецистэктомии из мини-доступа. Уменьшение количества послеоперационных осложнений и сокращение послеоперационного койко-дня позволяет считать малоинвазивные способы лечения острого холецистита операциями выбора.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

*Хакимов Д.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Умматалиев Б.Т., Бобоев У.Н.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Современная история лечения ЖКБ насчитывает немногим более 100 лет с момента, когда в 1882 году Лангенбух выполнил первую холецистэктомию. Прогресс в лечении этого заболевания до начала семидесятых годов нашего столетия в основном был связан с общим развитием медицины — открытием антибиотиков, разработкой принципов общей анестезии, развитием лучевых методов диагностики. Однако в последние десятилетия начался новый этап в лечении холелитиаза. Особый интерес к этой проблеме связан с чрезвычайно высоким ростом заболеваемости ЖКБ в развитых странах (каждое послевоенное десятилетие этот показатель удваивается). На сегодняшний день желчнокаменной болезнью страдает 10-12% населения в странах Запада и 3-4% азиатского населения. Двадцать миллионов американцев имеют конкременты в желчном пузыре, хирурги в этой стране ежегодно выполняют 600 000 холецистэктомий. Ежегодные медицинские затраты составляют 1 млрд. долларов, и это без потери зарплаты, производительности труда и стоимости лечения послеоперационных осложнений. С другой стороны, технический прогресс и успехи фундаментальных наук нашли свое приложение в клинической медицине, что привело к пересмотру стратегии и тактики лечения ЖКБ.

Основные изменения коснулись не только лечебной, но и диагностической программ. До семидесятых годов в распоряжении врача были только рентгенография, как метод диагностики, и открытая операция, как метод лечения. За последние 20-25 лет были разработаны УЗИ, КТ и прямые способы контрастирования желчных путей. В лечении, кроме «открытой» операции, стали использовать лапароскопические вмешательства. Появились такие методы консервативного лечения, как медикаментозное растворение и экстракорпоральная литотрипсия.

До недавнего времени «золотым стандартом» в лечении ЖКБ была «открытая» холецистэктомия (ОХЭ), с результатами которой и сравнивали другие методы лечения. Летальность при плановых ОХЭ не превышала 0,5%. Количество осложнений в зависимости от характера заболевания и общего состояния пациента составляло 5-15%. Большинство из них не были опасны для жизни. Внедрение в практику оперативной лапароскопии произвело переворот во взглядах на хирургическое лечение ЖКБ.

В период внедрения показания к этой операции были весьма ограничены. В последующем, по мере накопления опыта, показания к ЛХЭ стали шире и в настоящее время практически приближаются к таковым в «открытой» хирургии. Лапароскопическим доступом выполняют не только изолированную ЛХЭ, но и интраоперационную холангиографию, холедохотомию с эксплорацией ОЖП, наложение билиодигестивных анастомозов.

Накопленный опыт ЛХЭ позволил нам провести анализ возможностей ее выполнения при наличии технических трудностей. Возможность проведения ЛХЭ при выраженном спаечном процессе в брюшной полости оценивалась в результате дооперационного обследования и уточнялась во время диагностической лапароскопии, которая при наличии возможностей переводилась в лечебную. При этом нетипичное расположение портов позволяют выполнить адгезиолизис. При выраженных воспалительных изменениях, когда манипуляции чреваты риском повреждения элементов гепатодуоденальной связки либо просвета полого органа, следует отказаться от лапароскопического продолжения операции. Иногда операцию завершали диагностическим этапом, предложив больному оперироваться после рассасывания инфильтрата. При признаках абсцедирования либо возможности его, решение должно быть принято в пользу конверсии. Проведение операции при ожирении 3-4 степени, при толстой брюшной стенке нередко приводит к затруднению манипуляций и ухудшению обзора. Часто происходит поломка инструментов. Решение вопроса в пользу ЛХЭ возможно при наличии соответствующего опыта. Проблема выполнения ЛХЭ при холедохолитиазе связана с опытом хирургов, возможностями клиники, наличия специализированного инструментария. При гепатомегалии хирург может встретиться с повышенным риском кровотечения при портальной гипертензии. Возможна необходимость низкого расположения портов. Технические трудности возникают при искривлениях позвоночника, при невозможности укладки больного на операционном столе.

Несмотря на достаточно большой накопленный опыт выполнения малоинвазивных операций на желчевыводящих путях, данные литературы свидетельствуют о сохраняющейся высокой частоте интраоперационных осложнений по сравнению с традиционными операциями. Опыт 288 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), выполненных в хирургических отделениях РНЦЭМП в 2016-2019 годы, позволяет сделать некоторые выводы. При выполнении данных операций отмечены осложнения, которые мы разделили на осложнения, потребовавшие перехода к конверсии, и неудачи, которые удалось устранить, не переходя к ней.

Осложнение наблюдалось в 8 случаев (2,8%), в т.ч. повреждения гепатикохоледоха - 1 (0,35%), в т.ч. полное пересечение - в 1 случае, перфорация - 1, клипирование - 2, коагуляционный некроз стенки - 1. Кровотечения отмечены у 2 больных (0,7%), в т.ч. из пузырной артерии - 1, из салниковых сосудов - 1.

Необходимо отметить, что данные осложнения, в основном встречались при выполнении первых 200 операций, и в дальнейшем частота интраоперационных осложнений резко снизилась, большинство осложнений устранялось без конверсии. При малых повреждениях производили лапароскопическое наружное дренирование холедоха или ушивание перфорационного отверстия. При желчеистечении из культи желчного протока проводилось повторное клипирование. Одним из вариантов завершения ЛХЭ при ятрогенных осложнениях является переход на минилапаротомную операцию, что не намного увеличивает операционную травму.

Относительные противопоказания к проведению ЛХЭ сужались по мере накопления опыта и в основном связаны с техническими трудностями выполнения ЛХЭ. Таким образом, ятрогенные осложнения при лапароскопических операциях не являются неизбежными. Индивидуальный подход с всесторонним дооперационным обследованием, учетом факторов риска и противопоказаний позволяет осуществить тщательный отбор больных на лапароскопическую операцию, что снижает риск интраоперационных осложнений.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Хакимов М.Н.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Дислокационный синдром (ДС) - это комплекс клинико-патоморфолого-патофизиологических признаков смещения полушарий большого мозга или мозжечка в естественные внутричерепные отверстия с поражением ствола мозга вследствие повышения внутричерепного давления. Возникновение и прогрессирование ДС обуславливает развитие геморрагических и ишемических изменений в стволе головного мозга, что приводит к гибели большинства пострадавших этой группы. Изучению клинических проявлений ДС при черепно-мозговой травме (ЧМТ) посвящено много работ. Попытки классифицировать различные варианты и стадии дислокации предпринимаются несколько десятилетий.

Цель исследования. Целью нашего исследования было уточнение клинико-диагностических признаков различных стадий супратенториального ДС для оптимизации тактико-лечебных мероприятий у больных тяжелой ЧМТ.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе 80 клинического наблюдения тяжелой ЧМТ, сопровождавшихся супратенториальным сдавлением головного мозга.

Результаты исследования. При детальном исследовании 80 больного с очагами контузии и разможжения головного мозга в сочетании с интракраниальными гематомами или без них были выявлены следующие градации развития супратенториальной дислокации головного мозга. В целом, клиническая картина у (15,5%) больного с ТДС I стадии была представлена общемозговой, отчетливой очаговой симптоматикой. В клинической картине (39,2%) пострадавших с ТДС II стадии наряду с общемозговой и очаговой симптоматикой отмечена и умеренная стволовая семиотика. У (25,4%) больных с ТДС III стадии на первый план выходила грубая стволовая симптоматика. Очаговые симптомы определяли с трудом. Такие клинические признаки, как гемипарез (менее выраженные децеребрационные движения с одной из сторон) и анизокория позволяют предположить только латерализацию (право- левостороннюю) патологического субстрата. Артериальная гипертензия и брадикардия в 84,5% случаев обусловили резко отрицательные значения ВИ. При ТДС IV стадии -(14,9%) наблюдений, очаговую неврологическую симптоматику не определяли, а клиническая картина была представлена грубой стволовой симптоматикой. Отличительной чертой от ТДС III стадии являются резко положительные значения ВИ как результат артериальной гипотензии с тахикардией и невозможность достоверно определить сторону поражения головного мозга на основании клинической картины в большинстве случаев. В (5,0%) наблюдениях с ТДС V стадии локальная симптоматика и сторона повреждения головного мозга на основании клинических проявлений не определялись во всех случаях.

Выводы. Супратенториальный вариант травматического сдавления головного мозга имеет определенные стадии клинического развития, основанные на динамике угнетения сознания, стволовых рефлексов в росто-каудальном направлении, а также изменении внешнего дыхания и показателей гемодинамики.

Учитывая особенности клинического течения, исходы лечения и результаты морфологических исследований, супратенториальный вариант травматического дислокационного синдрома имеет пять стадий развития.

Каждая из стадий ТДС характеризуется комплексом различных клинических и морфологических признаков, определяющих тактико-диагностические, лечебные мероприятия, а также прогноз.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОГО ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА

Хакимов М.Н.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Отек и дислокация головного мозга остаются одной из наиболее сложных проблем неврологии и нейрохирургии на протяжении последних десятилетий. В работе изучены особенности течения дислокационного синдрома на фоне различных нозологических форм очаговых поражений больших полушарий мозга.

Цель исследования. Изучить влияние этиологического фактора супратенториальной дислокации на клинические особенности течения дислокационного синдрома.

Материалы и методы исследования. Материалы и методы. В работе проведен анализ 90 случаев супратенториальной дислокации мозга и изучено влияние на ее клинико- морфологические особенности нозологической формы заболевания. Группу наблюдения составили 55 нейроонкологических пациентов с опухолями преимущественно

глиальной структуры, 15 больных со спонтанными внутримозжечковыми кровоизлияниями, 8 случаев травматических поражений мозга, 2 абсцессов и 10 гигантских арахноидальных и паразитарных кист в равном количестве наблюдений.

Результаты исследования. В исследуемой группе половину пациентов (90 случаев) составили нейроонкологические больные, с широким разнообразием гистологических форм.

Вторую строку (65 пациентов) занимают больные с гипертензионными гематомами и внутримозжечковыми кровоизлияниями, развившимися на фоне разрыва аневризмы или мальформации мозга. К травматическим поражениям головного мозга, куда были включены оболочечные и внутримозжечковые гематомы, а также пациенты с обширными зонами ушиба — разможжения вещества мозга с геморрагическим пропитыванием, создающие масс-эффект, отнесены 25 наблюдений. Одинаковое количество (по 4 пациента) составили паразитарные (эхинококковые) кисты мозга и гигантские арахноидальные кисты. Абсцессы мозга, преимущественно отогенного генеза, составили в наблюдаемой группе 12 случаев.

В работе изучено влияние нозологической формы очаговых поражений на вид дислокации по направлению смещения, форму дислокации и вариант развития ДС по времени с момента начала заболевания, что в значительной степени определяет разнообразие клинической картины и лечебные тактики.

Во всех группах больных, за исключением группы пациентов с паразитарными кистами, у больных с клинически выраженным ДС преобладала дислокация горизонтального вида. В группах больных с опухолевыми и травматическими поражениями головного мозга на втором месте по частоте была аксиальная дислокация, а на третьем — смешанная или четко не дифференцируемая дислокация. У больных с абсцессами головного мозга на фоне доминирования горизонтальной дислокации, аксиальную и смешанную имели равное количество больных. Лишь в группе больных кистозными процессами — преимущественно аксиальная, 5:2 соответственно.

Выводы. Горизонтальная дислокация мозга со смещением срединных структур (прозрачной перегородки) под серповидный отросток и щель Биша одновременно более характерна для всех нозологических форм поражений больших полушарий мозга.

Этиология очага поражения не оказывает сколько-нибудь значимого влияния на развитие формы супратенториального ДС, при этом в любой нозологической группе преобладают проявления височно-тенториальной дислокации с развитием соответствующего вторичного стволового синдрома.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хакимов Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Особенности клинического течения НАЖБП таковы, что у большинства пациентов отсутствуют жалобы и изменения лабораторных показателей даже при развитии стеатогепатита. Более чувствительными в выявлении жировой инфильтрации печени являются лучевые методы. Диагностика НАЖБП на сегодняшний день осуществляется клиническими, лабораторными и инструментальными методами (лучевая диагностика и биопсия печени), заключается в исключении других причин, которые бы могли вызвать жировой гепатоз, подтверждении лабораторными методами метаболических нарушений и лучевыми методами наличия морфологических изменений ткани печени (гепатомегалия, изменения плотности и структуры паренхимы печени).

Ультразвуковое исследование печени является наиболее доступным и безопасным исследованием, позволяющим диагностировать изменения характерные для жировой инфильтрации печени, однако диагностическая эффективность данного метода ограничена в виду отсутствия специфичной симптоматики. Одним из путей повышения информативности ультразвукового исследования является использование количественной оценки эхогенности печени. Известен способ количественной оценки эхогенности печени, основанный на определении гепаторенального индекса (Webb M., 2009). Этот способ продемонстрировал хорошую сопоставимость с результатами гистологического исследования печени, однако эффективность этого способа не исследована при обследовании различных групп пациентов, в том числе пациентов с МС и СД 2 типа, особенностью которых является высокая частота поражения почек, что может приводить к получению ложных результатов. В связи с этим совершенствование ультразвуковых способов диагностики НАЖБП является актуальной задачей лучевой диагностики.

Цель исследования. Совершенствование способов ультразвуковой диагностики неалкогольной жировой болезни печени, основанных на количественной оценке эхогенности паренхимы печени.

Материалы и методы исследования. Выполнено одномоментное поперечное исследование пациентов с метаболическим синдромом. Группа исследования представлена 47 мужчинами и 106 женщинами с метаболическим синдромом. Контрольную группу составили 88 человек (19 мужчин и 69 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет.

Результаты исследования. Исследование проводилось на ультразвуковых сканерах Philips En Visor, Philips HD 11 XE (Philips, Нидерланды), мультимодальным конвексным датчиком (3-5 МГц). Современные мультимодальные датчики позволяют получать качественные изображения на различной глубине сканирования, от 4-5см до 20-24см.

При ультразвуковом исследовании, во всех случаях, печень визуализировалась в правом подреберье.

Ультразвуковое исследование печени проводилось в положении пациента лежа на спине, либо на левом боку. Для улучшения визуализации рекомендуется проводить исследование при различных фазах дыхания — при вдохе, с задержкой дыхания, так и на выдохе, при спокойном дыхании. Это необходимо для правильной оценки размеров и контуров печени, а также для оценки ее топографии в брюшной полости.

При ультразвуковом исследовании возможно четко дифференцировать четыре доли печени (правую, левую, квадратную, хвостатую).

Для получения изображения печени проводится полипозиционное сканирование в разных плоскостях в правом подреберье, и по краю реберной дуги.

Вывод. Данный доступ особенно эффективен у тучных пациентов и при выраженном метеоризме. В своем исследовании, для первичной оценки экзогенности печени, мы включали в область сканирования и изображение правой почки. Паренхима неизменной печени, при ультразвуковом исследовании, характеризуется мелкозернистым изображением, с наличием множества мелких точечных, линейных структур, гомогенно расположенных по всей площади полученного скана.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ПРИ СИНУСИТАХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Хакимов Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Патология околоносовых пазух (ОНП) в последние годы вышла на первое место в структуре заболеваний ЛОР-органов, а доля верхнечелюстного синусита среди других синуситов составляет 56-73%. С разными видами острых и хронических синуситов чаще всего имеет дело отоларинголог на поликлиническом приеме, поэтому вопросы диагностики этих состояний крайне важны.

В то же время есть немало примеров, когда ни один из методов лучевой диагностики применить нельзя, а оценить состояние ОНП необходимо. Это прежде всего относится к случаям острого или хронического синусита у беременных, у пациентов, которым только что были проведены другие рентгенологические исследования. Кроме того, иногда больные принципиально отказываются от рентгенологического исследования. В подобной ситуации методом выбора является ультразвуковое исследование ОНП.

Ультразвуковое сканирование в А-режиме с помощью синускопа достаточно давно используется в отоларингологии и в опытных руках обладает точностью от 76 до 90% [4], хотя часто и не позволяет дифференцировать объемное образование внутри синуса (киста, полип, мукоцеле) от отека слизистой оболочки и жидкостного компонента. Диагностические ошибки при данной патологии возможны в 9 из 10 случаев из-за трудностей интерпретации получаемых данных, кроме этого, А-метод не позволяет установить характер секрета и его консистенцию.

Ультразвуковое исследование околоносовых пазух в В-режиме (УЗИ) обеспечивает двухмерную полипозиционную визуализацию не только околоносовых пазух, но и других костных структур и мягких тканей, за счет чего достигаются лучшие топографическая ориентация и интерпретация, чем при использовании А-метода. Результаты УЗИ в 100% наблюдений совпадают с данными обзорной рентгенографии.

Цель исследования. Изучить разные методы диагностики заболеваний околоносовых пазух.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования использовались следующие методы традиционный осмотр ЛОР-органов, обзорная рентгенография, одномерное УЗИ околоносовых пазух (А-метод), двухмерное УЗИ околоносовых пазух (В-метод), компьютерная томография пазух носа и диагностическая пункция верхнечелюстных пазух. Кроме того, внимательно изучались жалобы и анамнез заболевания.

Результаты и обсуждение: По распространенности воспалительного процесса в околоносовых пазухах больные распределялись следующим образом у 44 больных (40%) был диагностирован гайморит, у 4 (3,6%) - фронтит, у 28 (25,5%) - гайморозтмоидит, у 3 пациентов (2,7%) - гайморифронтит. У 31 больного (28,2%) были установлены достоверные признаки полисинусита. В 5 случаях (4,3%) были выявлены заболевания, которые названы нами как «другая патология» околоносовых пазух. В частности у 1 больного (ребенок 15 лет) в результате обследования установлена опухоль - юношеская ангиофиброма носоглотки с прорастанием в полость носа и распространением на клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстную пазуху с одной стороны. У 1 пациента диагностировано инородное тело верхнечелюстной пазухи, еще у 1 - мукоцеле лобной пазухи, у 1 больного - остеомы лобной пазухи. В 1 случае выявлена фиброзная остеодисплазия правой лобной пазухи.

Основными жалобами больных были затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, головные боли. Отмечено, что и взрослых пациентов, и детей головные боли беспокоили одинаково часто. Так, у детей головная боль встречалась в 38,9% случаев, у взрослых - в 39,2% ($p > 0,05$). На затруднение носового дыхания жаловались все дети, у взрослых расстройство дыхательной функции носа отмечалось в 94,9% случаев ($p > 0,05$). У детей в большинстве случаев (72,2%) выделения из носа носили гнойный характер, в 22,2% случаев - слизистый. Только 2 детей не предъявляли жалоб на какие-либо выделения из носа. У взрослых слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа встречались одинаково часто, слизистые выделения имели место у 26 человек, что составило 32,9%, а гнойные - у 32 человек (40,5%). 21 пациент (26,6%) из числа взрослых вообще не жаловались на насморк таким образом, случаи отсутствия выделений из носа у взрослых пациентов встречались значительно чаще, чем у детей ($p < 0,05$). Больных с отсутствием каких-либо жалоб в наших наблюдениях не было.

Выводы: По сравнению с обзорной рентгенографией двухмерная ультрасонография является более информативным методом в выявлении патологии околоносовых пазух при экссудативных и полипозных процессах. Средние показатели точности, чувствительности и специфичности для двухмерного УЗИ составляют 86,2% ($p < 0,05$), 78,2% ($p < 0,05$) и 55,6%, для обзорной рентгенографии - 69,2%, 43,5% и 54,5% соответственно.

ДВУМЕРНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Хакимов Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Выявление заболеваний околоносовых пазух нередко связано с определенными трудностями. В настоящее время самым распространенным методом диагностики синуситов является обзорная рентгенография. Однако

применение рентгенологического метода имеет строгие ограничения вследствие большой лучевой нагрузки, что особенно важно в детском возрасте и при динамическом наблюдении за пациентом с целью контроля качества лечения.

Следует также отметить, что интерпретация результатов обзорной рентгенографии зависит от качества рентгенограмм и квалификации врача-рентгенолога. Трактование рентгенологической картины при заболеваниях околоносовых пазух часто бывает неоднозначной. Основной термин "затемнение" может отражать картину отека слизистой оболочки, полипов, кисты, опухоли или патологического содержимого. Обзорные рентгенограммы позволяют подтвердить диагноз экссудативного гайморита или фронтита только в том случае, если в полости пазухи четко удается выявить уровень жидкости.

Для оценки состояния решетчатой пазухи, которая имеет важнейшее значение в патогенезе большинства случаев хронического синусита, традиционная рентгенография также мало информативна. В то же время компьютерная томография, относящаяся к числу наиболее информативных рентгенологических методик, не может использоваться в повседневной практике врача-оториноларинголога для выявления острых синуситов вследствие дороговизны исследования.

Цель исследования. Изучить методы двухмерного ультразвукового диагностику заболеваний околоносовых пазух

Материалы и методы исследования. Общая клиническая характеристика обследованных лиц. В основу работы положен анализ комплексного клинического обследования 115 больных с различной патологией околоносовых пазух, госпитализированных в ЛОР-отделение клиники АГМИ г Андижана за период с 2017 по 2019 годы. Возраст больных от 11 до 77 лет. Средний возраст составил 41,8 лет.

Результаты и обсуждение. Деление больных на представленные выше клинические группы позволило нам не только изучить на практике разработанные в ходе обследования пациентов эхографические признаки синусита, но и объективно оценить роль двухмерного ультразвукового сканирования в формировании клинического диагноза.

Результаты исследования подгруппы были использованы для сравнительного анализа диагностических возможностей обзорной рентгенографии и двухмерного УЗИ околоносовых пазух. В подгруппу Б вошло 29 человек, которым УЗИ пазух носа осуществлялось двумя методами сканирования одномерным и двухмерным. Результаты исследования этой подгруппы были использованы для сравнительного анализа диагностических возможностей этих методик УЗИ.

В клиническую группу II вошло 25 пациентов, которым помимо обзорной рентгенографии и двухмерного УЗИ была выполнена компьютерная томография околоносовых пазух в двух проекциях (аксиальной и коронарной) по стандартной методике. Целью обследования данной группы явилось установление диагностической информативности двухмерного сканирования околоносовых пазух в сравнении с другими лучевыми методами: обзорная рентгенография и компьютерная томография.

По длительности и характеру течения заболевания у 62 пациентов (53,9%) имелся острый экссудативный синусит, у 48 (41,7%) диагностирована хроническая форма заболевания. При остром и хроническом синусите воспаление в околоносовых пазухах чаще всего носило гнойный характер. Гнойный синусит имел место у 49 больных (44,5%) с острым течением заболевания и у 26 (23,6%) с хронической формой болезни. Катаральный синусит диагностирован у 15 больных (13,6%). Кисты верхнечелюстных пазух выявлены в 9 случаях (8,2%), полипозный гайморит - у 11 больных (10%).

Вывод: Двухмерное ультразвуковое сканирование значительно превосходит одномерный метод УЗИ в диагностике различных патологических состояний околоносовых пазух, в том числе кист и полипов. Так средний показатель точности двухмерного УЗИ составил 76,4% ($p < 0,05$), чувствительности — 71,2% ($p < 0,05$) и специфичности 63,6% ($p < 0,05$). Средний показатель точности одномерного ультразвукового сканирования не превышает 54%, чувствительности - 53,1%, специфичности - 35%.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПАТОЛОГИЯМ В ЭКСТРЕННО ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Рахманов Б.Б., Мадвалиев Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Экстренная хирургическая патология органов живота является одной из главных проблем хирургии. С трудностями в диагностике сталкиваются как совсем молодые хирурги, так и умудренные опытом профессора, доценты и заведующие отделениями. Чаще такая проблема встречается у женщин, так как острые гинекологические патологии принимаются за хирургическое заболевание и наоборот. С широким внедрением и применением видеолaparоскопии появилась возможность ускорить диагностику ургентной патологии органов брюшной полости и малого таза. Однако до конца не решен вопрос о тактике хирурга при обнаружении гинекологической патологии при лапароскопии.

Цель исследования: Определить тактику хирурга при гинекологической патологии в экстренных случаях с применением лапароскопии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ хирургического лечения 128 женщин в возрасте от 18 до 59 лет, которым проведена операции лапароскопическим способом на базе кафедры «Хирургии и урологии» в 3-хирургическом отделении клиники АГМИ за период 2016-2019 годов. В возрасте до 20 лет оперированы 26 пациентки (20%); 20-29 лет - 60 (47%); 30-39 лет - 28 (22%); 40-59 лет - 14 (11%). В первые 6 часов после начала заболевания поступили 63 пациентов (49%); от 6 до 12 часов - 34 (26%); от 12 до 24 часов - 18 (14%). Позже 24 часов - 13 (7%).

На догоспитальном этапе в 57 случаях (67,9%) на УЗИ обследованиях определена жидкость в малом тазу в разных количествах, и признаками острого аппендицита был поставлен диагноз острый аппендицит. А в 26 (28%) случаях по показателям гемодинамики, лабораторных исследований и экспресс-тестом на беременность поставлен диагноз внематочная беременность. Перекрут кисты по данным УЗИ, и клиническим признакам в 30-х случаях (23,4%). В 15 (11,7%) случаях на УЗИ в малом тазу жидкость, повышение лейкоцитоза, с раздражением брюшины поставлен диагноз перитонит. В 120 случаях (93,7%) были жалобы на боль в животе; в 45 (35,1%) на общую слабость; в 38 (29,6%) —

на тошноту, у 18 пациенток (14,1%) была гипертермия. При объективном обследовании в 70 случаях (54,5%) наблюдался лейкоцитоз; в 35(27,3%) – снижение гемоглобина; в 41 случаях (32%) при УЗИ живота в брюшной полости обнаружена свободная жидкость.

Результаты исследования. В результате обследования в стационаре для проведения лапароскопии были определены следующие показания: свободная жидкость малом тазу + острый аппендицит и киста яичника, свободная жидкость малом тазу + гемодинамические изменения + положительный результат экспресс теста на беременность, свободная жидкость малом тазу + раздражение брюшины.

В первые 3 часа после поступления оперированы 26 пациентки (28%); в сроки 6 часов – 57(67,9%); 7-12 ч – 30 (23,4%); 12-24 ч – 11(8,5%); свыше 24 ч – 4 (3,1%).

Выполнены следующие лапароскопические операции: удаления оболочки кисты с коагуляцией паренхимы 28 (21,8); гемостаз при апоплексии – 13 (10,1%); удаление маточной трубы при перекруте и разрыве кисты и трубной беременности – 22(17,1%); а также при трубной беременности с сохранением трубы – туботомия, удаление хориональной ткани у 15(11,7%) пациенток, тубоовариальный абсцесс вскрытие абсцесса и санация – 15 (11,7%); удаление придатков при нагноившейся кисты яичника 3 (2,3%), санация и дренирование малого таза с аппендэктомией при вторично измененном отростке 32(25%) случаях.

Продолжительность операции – до 30 минут в 35 (27,3%) случаях, 30-60 мин. – в 55 (42,9%); 60-90 мин. – в 30 (23,6 %); 90-120 мин. – в 8 (6,2%). Случаев конверсии не было. Количество портов для проведения операции три – в 120 случаях (93,7%); два – в 8 (6,3%) случае.

В составе хирургической бригады о всех случаях был хирург – лапароскопист-эндогинеколог высшей либо первой категории. При необходимости в операционную приглашались сотрудники кафедры. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Средние сроки пребывания в стационаре составили 4 дня.

Выводы:

1. Видеолапароскопия является наиболее эффективным методом проведения гинекологических операций в ургентной хирургии.
2. Видеолапароскопия позволяет произвести хирургическую и гинекологическую операцию симультанно без трудностей.
3. При этом условием выполнения операции является участие в ней опытного хирурга лапароскописта.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Отакузиев А.З.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. В настоящее время не вызывает сомнения преимущество выполнения малоинвазивных вмешательств в абдоминальной хирургии, как в плановой, так и в неотложной. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической тактики, медицинских технологий, сохраняется высокий процент послеоперационных осложнений как интраабдоминальных, так и раневых, что заставляет выполнять повторные вынужденные оперативные вмешательства для их устранения. Однако до сих пор нет единого мнения среди хирургов о способе выполнения повторных операций после хирургических вмешательств, если возникает такая необходимость. Использование эндовидеохирургических вмешательств даёт ряд известных преимуществ перед традиционными оперативными. Эти преимущества дают возможность успешно применять лапароскопические вмешательства в послеоперационном периоде, а также, при необходимости, выполнять динамический контроль состояния внутрибрюшной картины с выполнением лечебных манипуляций.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения хирургических больных путём обоснования применения лапароскопии в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Высокая детальность после релапаротомий, выявленная при ретроспективном анализе историй болезни оперированных повторно достигающих до 25%, а также случаи «напрасных» релапаротомий, усугубляющих тяжесть состояния больного, выполняемых в 5% случаев, заставили нас искать более совершенные методы диагностики и лечения. Незаменимым диагностическим средством в таких случаях является лапароскопия.

Нами в 2016-2019 гг. лапароскопия после различных вмешательств на органах брюшной полости выполнена 26 пациентам. Возраст больных колебался от 19 до 92, мужчин было 18 (69,2%), женщин – 8 (30,8%). В возрасте до 20 лет были 3 пациента (11,5%); 20-40 лет – 5 (19,0%); 41-60 лет – 7 (26,9%); 61- 74 года 4 (15,2%); 75-90 – 6 (23,0%); старше 90 – 1 (4,2%).

Из инструментальных методов хотим акцентировать внимание на важную роль динамического ультразвукового исследования в диагностике и оценке результата лечения, позволяющего обнаружить свободную жидкость и жидкостные образования в брюшной полости, оценить перистальтику кишечника и выявить признаки кишечной непроходимости. С целью повышения безопасности оперативного доступа перед повторной операцией применяли ультразвуковое исследование брюшной полости для выявления участков передней брюшной стенки, свободных от спаек, которое проводили датчиками с частотой 3,5-8 МГц, полипозиционно.

Лапароскопии предшествовали следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия – 7 (26,9%); санация и дренирование салниковой сумки и брюшной полости при панкреатите – 5 (19,2%); холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому – 3 (11,5%); диагностическая лапароскопия – 3 (11,5%); аппендэктомия – 2 (7,8%); резекция кишечника – 2 (7,8%); рассечение спаек – 2 (7,8%); резекция кисты яичника – 1 (3,7%); ушивание прободной язвы – 1 (3,7%). Во время ревизии в брюшной полости оценивали: наличие, количество, локализацию и характер выпота, наличие и количество фибрина, состояние брюшины, состояние кишечной стенки (цвет, перистальтика), наличие и количество крови, наличие, локализацию и распространённость спаек, наличие бляшек стеатонекроза и отека области поджелудочной железы, детально осматривалась зона анастомоза. Далее выполняли лапароскопическую санацию брюшной полости, выявление и устранение причины развившихся осложнений. При выявлении в брюшной полости жидкости различного

характера (экссудат, желчь, кровь) изменяли положение стола и больного только после её удаления. При выявлении ограниченных жидкостных скоплений положение операционного стола изменяли так, чтобы жидкостные скопления находились в максимально низкой точке и горизонтально, после чего выполняли лечебные манипуляции. При невозможности ликвидации причин осложнений лапароскопически переходили на лапаротомию или релапаротомию.

Лапароскопическое вмешательство завершали дренированием брюшной полости, за исключением случаев, когда осложнение было исключено. В послеоперационном периоде проводили соответствующую медикаментозную терапию и раннюю активизацию больных. При отсутствии отделяемого дренажа удаляли в первые сутки. Стационарное лечение продолжали до нормализации состояния пациента и лабораторных показателей.

Результаты исследования. Основными показаниями к лапароскопии в раннем послеоперационном периоде было усиление болей в животе после операции, появление (сохранение) симптомов перитонита, повышение температуры тела, появление (сохранение) свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ, патологическое отделяемое по дренажам (гной, желчь, кровь), отсутствие желчи в дренаже, установленном в холедох и наличием свободной жидкости в подпеченочном пространстве.

В первые сутки после операции выполнено 5 лапароскопий (19,2%); во вторые - 4 (15,3%); в третьи - 3 (11,5%); в четвертые - 4 (15,3%). Позднее шестых суток выполнено 10 повторных операций (38,5%), наиболее поздняя - на 20-е сутки по поводу внутрибрюшного абсцесса. Для проведения лапароскопий в 80% случаев использовались 4 порта. Продолжительность операции варьировала от 20 мин. после аппендэктомии, до 60 мин. после резекции кишки.

Лапароскопия заключалась в диагностике состояния брюшной полости после первой операции, установлении источника патологии (выпавший дренаж, несостоятельность швов анастомоза, культи, червеобразного отростка, очагов деструкции поджелудочной железы); разъединении спаек. Причем, в большинстве случаев это были «рыхлые» сращения петель кишечника. Затем устраняли выявленную патологию, производили санацию брюшной полости. Лапароскопическое вмешательство позволило диагностировать послеоперационное внутрибрюшное осложнение у 18 больных, у 24 больных (92,3%) удалось избежать релапаротомии. В 3 (11,5%) случаях осложнение было исключено. Средняя продолжительность лапароскопии у больных с послеоперационным перитонитом составила $29 \pm 4,5$ минут ($p > 0,05$). Средняя продолжительность стационарного лечения больных составила $18,6 \pm 2,5$ суток ($p > 0,05$). Двум пациентам (7,8%) лапароскопическую санацию брюшной полости производили дважды. Одному пациенту после лапароскопии при некротизирующем панкреатите произвели лапаротомию. Летальный исход был в 1 случае от полиорганной недостаточности у больного, страдающего алкоголизмом, на фоне легкой степени кровопотери. Причины летального исхода: полиорганная недостаточность - 2, а также сепсис и сердечная недостаточность.

Выводы. Таким образом, своевременная оценка совокупности клинических признаков развития послеоперационного внутрибрюшного осложнения, своевременное динамическое применение неинвазивных методов диагностики позволяет дифференцированно и эффективно применять лапароскопию для устранения осложнений в брюшной полости. Лапароскопия является достаточно эффективным способом лечения абдоминальной хирургической патологии вне зависимости от возраста пациента и может применяться в разные сроки после предыдущей операции.

ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШЛАРИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Хакимов А.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Пастки жағ синишларини комплекс даволашни мукамаллаштиришда суяк хосил бўлиш ва репаратив остеогенез жараёнларини тезлаштириш хозирги кунгача муҳим масалалардан биригича қолмоқда. Масалани ечими сифатида остеорепаратив препаратларни жарохат олгандан сўнг эрта муддатларда қўллаш тўғри йўл ҳисобланади (Тельних Р.Ю. 2008, Иваннута И.В. 2006.) Коллапан-Л суяк тўқимасини тезлаштирадиган ва ривожланиши мумкин бўлган яллиғланиш асоратларини олдини олиш учун қўлланиладиган препарат ҳисобланади. Йўқотилган суяк тўқимасини ўринини эгаллайди ва жарохатда 20 кунгача антимикроб активликини сақлайди. Коллапан-Л таркибида линкомицин гидрохлорид сақлайди.

Тадқиқот максади. 1. Синган бўлаклар орасига Коллапан-Л препаратини қўйиб даволаш орқали пастки жағ синишларида комплекс даволашни мукамаллаштириш. 2. Пастки жағ синишларида суяк тўқимаси тикланиш жараёнида Коллапан-Л препарати ролини баҳолаш. 3. Синик бўлаклар орасига Коллапан-Л препарати қўйиб даволанганда йирингли яллиғланиш асоратлари учраш сони камайишини кўрсатиб бериш.

Тадқиқот материал ва методлари Илмий иш мобайнида 26 та бемор 2 гуруҳга бўлинган ҳолда назоратимиз остида бўлди. Беморлар 24-40 ёш оралиғида, синиш локализацияси пастки жағ тишлар каторида, синик бўлаклар орасида олиб ташлаш керак бўлган тиш бор ҳоллар танланди. 1-гуруҳ 10 та беморда синик бўлаклар орасидаги тиш олинди, тиш лункасига антисептик ишлов берилиб, қон лахтаги билан тўлдирилиб тикилди. 2-гуруҳ 16 та беморда эса синик бўлаклар орасидаги тиш олинди, тиш лункасига антисептик ишлов берилиб, Коллапан-Л препарати билан тўлдирилиб тикилди. Қолган даво муолажалари иккала гуруҳда ҳам бир хил олиб борилди.

Тадқиқот натижалари. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, 2-гуруҳ беморларида клиник кўрсаткичлар (юмшоқ тўқималардаги шишинг камайиши, олинган тиш жойидаги шилиқ қаватнинг битиши ва кизаришларнинг камайиши) бирмунча тезроқ вақт оралиғида юз берганлиги аниқланди. Ҳеч бир беморда йирингли яллиғланиш асоратлари кузатилмади.

Денситометрия текширувида иккала гуруҳ беморларида шифохога мурожаат қилган куни синган соҳада ўртача зичлик индекси $0,69 \pm 0,1$ га тенг эканлиги аниқланди. 1 ойдан сўнг 1-гуруҳ беморларида зичлик индекси $0,84 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) 2-гуруҳда эса $0,96 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) ни ташкил этди. Зичлик индексини аниқлаш натижалари шуни кўрсатдики Коллапан-Л препаратини қўллаш орқали даволанган беморларда оддий усулда даволанган беморларга нисбатан синик бўлаклар орасида суякланиш жараёни тезлашганлиги аниқланди.

Хулосалар. Пастки жағ синишларини комплекс даволашда Коллапан-Л препаратини қўллаш синган соҳада репаратив остеогенез жараёнини оптималлаштиришга хизмат қилади. Коллапан-Л препарати қўлланилганда суяк жарохати битиши тезлашиши ва яллиғланиш асоратлари сони камайганлиги исботланди

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СМЕШАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС ИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ

*Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Ахмедов У.Б., Бабаджанов С.А., Чернов Д.А., Илхомов О.Э.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Хирургии им.акад.
В.Вахидова*

При многососудистом поражении стеноз одной из двух или трех пораженных артерий зачастую имеет морфологию, ассоциирующуюся либо с высоким риском и /или низкой вероятностью успеха вмешательств (окклюзия артерии с неблагоприятной морфологией, стеноз типа С), либо с высокой вероятностью рестенозирования (протяженные, кальцинированные стенозы).

Цель. Оценка результатов гибридного (стентирование с последующим коронарным шунтированием) лечения ИБС.

Материал и методы. В отделении коронарной хирургии РСЦХ им.акад. В.Вахидова за 2014 год были оперированы 145 больных ИБС, которые имели многососудистый характер поражения венечного русла. Из этого числа 4 больным была проведена реваскуляризация миокарда в два этапа. На первом этапе лечения данные больные имели нестабильное состояние (ОИМ, ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). С целью стабилизации состояния данным пациентам проведено стентирование симптом-связанной артерии. Далее эти пациенты обследованы в сроки от 6 до 12 месяцев, которым проводилась повторная коронароангиография. Данным 4 больным 2ым этапом была выполнена операция КШ, в сроки $8,2 \pm 1,97$ месяцев. Все больные перед операцией имели стабильную стенокардию, что в свою очередь помогло провести с хорошим результатом операцию КШ.

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и случаев периоперационного инфаркта миокарда не наблюдалось. По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка в среднем до операции составила 50,2% и 53,1% в послеоперационном периоде. У всех больных при проведении ЭКГ в динамике наблюдалось улучшение коронарного кровообращения. Наличие клинического эффекта (отсутствие приступов стенокардии), также наблюдалось у всех больных.

Выводы: Использование гибридных технологий при инвазивном лечении больных ИБС с нестабильными состояниями дают стойкий клинический эффект при невысокой вероятности развития острых коронарных осложнений.

DIRECT RESULTS of OPCAB IN PATIENTS WITH SEVERE LEFT VENTRICLE DYSFUNCTION AND SEVERE CONCOMITANT DISEASES.

*Khalikulov Kh.G., Mansurov A.A., Murtazaev S.S., Akhmedov U.B., Chernov D.A., Ilkhomov O.E., Kenjaev F.Kh.,
Mirzaev Kh.A.
Republican specialized scientific-practical medical center of surgery named after acad. V.Vakhidov*

Actuality: Off-pump coronary artery bypass (OPCAB) is justified as a pursuit of the further diminution of perioperative complications frequency in patients with severe left ventricle dysfunction and heavy concomitant diseases expanding the list of indications to myocardial revascularization.

Objectives: To ameliorate the results of OPCAB and work out surgical approach standards for patients with severe left ventricle dysfunction and heavy concomitant diseases.

Material and methods: In a group were enrolled 44 patients undergone OPCAB. The median age was $48,7 \pm 8,1$ years. 40 patients were male and the rest 4 were female. 17 patients were defined as angina on exertion of FC III, 7 patients were considered as FC IV, 16 patients were determined as progressive stenocardia, 2 patients were identified as early postinfarction stenocardia, 1 patient was registered as unstable stenocardia, postinfarction cardiosclerosis was developed in 34 patients, left ventricle aneurism was disclosed in 4 patients, diabetes mellitus was revealed in 9 patients. Regarding to echocardiography (EchoCG) results myocardial contractility was $<35\%$ in 4 patients, approximately 40-50% was in 19 patients, $>55\%$ was in the rest 17 patients. 39 patients were performed OPCAB without cardiopulmonary bypass (CPB), whereas 5 patients were carried out OPCAB under conditions of CPB. The revascularization of one artery was accomplished in 33 patients, while two arteries in 4 patients, three arteries in 2 patients. Concerning to the coronaroveniculography data the lesion of proximal 1/3 of left anterior descending artery (LAD) was unraveled in 32 patients, whereas medium 1/3 of LAD was defeated in 12 and proximal 1/3 of right coronary artery (RCA) was involved in 3, while the lesion of distal 1/3 of RCA was detected in 3, on top of that the impairment of proximal 1/3 of diagonal branch (DB) was found in 2, medium 1/3 of the latter artery was defeated in 1, as the involvement of proximal 1/3 of circumflex branch was identified in 1. For the purpose of LAD revascularization left internal mammary artery (LIMA) was overlaid in 37 cases, whereas in 8 cases saphenous vein grafts were applied. Moreover, both LIMA was consumed in 4 patients. LAD was replaced in all cases, DB was rearranged in 3 cases, obtuse margin-1 in 1 patient, as RCA in 3 and posterior descending artery in 3 cases.

Results: Fatal outcome was observed in 1 (2,2%) patient undergone OPCAB under conditions of CPB and against the background of heavy accompanying pathology and severe left ventricle dysfunction (ejection fraction $<35\%$). The patient succumbed to the cause of thromboembolism complications at 8 days after surgery. Clinical findings improved in the rest patients: retrosternal pain absence, in terms of EchoCG data myocardial contractility surged on the average per $4,1 \pm 0,34\%$, referring to electrocardiography issue the amelioration of coronary circulation was observed in 39 (88,7%). All patients was extubated at 6-8 hours after OPCAB, at the mean it equaled to $6,4 \pm 0,14$ hours, while under conditions of CPB it matched up to $12 \pm 0,5$ hours. Hospital stay period was at an average 5-7 days after OPCAB, as under conditions of CPB conformably 10-12 days.

Conclusion: OPCAB pools the best outcomes with minimal risks of fatal cardiac complications following surgical treatment standards and the option of approach in regard to aforementioned category of patients. OPCAB under conditions of CPB is considered as an alternative way for the patients with severe left ventricle dysfunction and heavy concomitant diseases.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Илхомов О.Э., Кенжаев Ф.Х., Мирзаев Х.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад.В.Вахидова»

АКТУАЛЬНОСТЬ: Операции по реваскуляризации миокарда без искусственного кровообращения (ИК) обоснованы стремлением к дальнейшему снижению частоты периоперационных осложнений на фоне расширения показаний к оперативному лечению пациентов высокого риска: находящихся в пожилом возрасте, имеющих выраженные нарушения сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшить результаты коронарного шунтирования на работающем сердце и разработать стандарты хирургической тактики для больных с выраженными нарушениями функции левого желудочка (ЛЖ) и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: В группе были включены 44 больных, которые перенесли операцию коронарного шунтирования на работающем сердце. Средний возраст больных составил $48,7 \pm 8,1$ лет. 40 (90,9%) пациентов были мужского пола, 4 (9,1%) пациентов женского. У 17 (38,6%) больных имелась стенокардия напряжения ФК-III и у 7 (15,9%) больных ФК-IV, у 16 (36,36%) больных прогрессирующая стенокардия, у 2 (4,5%) больных ранняя постинфарктная стенокардия, у 1 (2,2%) больного нестабильная стенокардия, ПИКС у 34 (77,27%) больных, аневризма ЛЖ выявлена у 4 (9,09%), сахарный диабет у 9 (20,45%) больных. На ЭхоКГ сократительная способность миокарда у 4 (9,1%) больных была ниже 35%, у 19 (43,1%) больных в пределах 40-50%, у остальных 17 (47,72%) более 55%. Операции на работающем сердце производились во всех случаях с использованием стабилизатора миокарда «Octorpus и Starfish» фирмы Medtronic. 39 (88,6%) больным произведена реваскуляризация миокарда на работающем сердце без применения ИК, 5 (11,36%) больным произведена реваскуляризация миокарда на работающем сердце в условиях параллельного ИК. Реваскуляризация одной коронарной артерии выполнена у 33 (75%) пациентов, двух коронарных сосудов у 4 (9,09%) пациентов, трех коронарных сосудов у 2 (4,5%). По данным КВГ было выявлено: поражение проксимальной трети передненисходящей артерии (ПНА) у 32 (72,7%) больных, средней трети ПНА у 12 (27,2%), проксимальной трети правой коронарной артерии (ПКА) у 3 (6,8%), поражение дистальной трети ПКА у 3 (6,8%), поражение проксимальной трети диагональной ветви (ДВ) у 2 (4,5%), в средней трети ДВ у 1 (2,2%) и поражение проксимальной трети огибающей ветви (ОВ) у 1 (2,2%) больного. Для реваскуляризации ПНА в 37 (84,09%) случаях была использована левая внутренняя грудная артерия, в остальных 8 (18,18%) случаях использованы аутовенозные кондуиты. В 4 (9,09%) случаях были использованы обе внутренние грудные артерии. По бассейнам шунтированные артерии: ПНА - во всех случаях, ДВ у 3 (6,8%) больных, ВТК-1 у 1 (2,2%) больного, ПКА у 3 (6,8%) больных и ЗМЖВ у 3 (6,8%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ: летальный исход имел место у 1 (2,2%) больного, у которого произведено КШ на работающем сердце в условиях параллельного ИК, на фоне имеющейся тяжелой сопутствующей патологии и выраженными нарушениями функции ЛЖ (ФВ меньше 35%). Больной умер на 8-е сутки после операции по причине тромбоэмболических осложнений. У всех остальных больных было достигнуто клиническое улучшение: отсутствие загрудинных болей, а также улучшение показателей объективных обследований. Сократительная способность миокарда по данным ЭхоКГ увеличилась в среднем на $4,1 \pm 0,34\%$, на ЭКГ - улучшение коронарного кровообращения наблюдалось у 39 (88,63%) больных. После реваскуляризации миокарда на работающем сердце пациенты экстубированы в течение 6-8 часов после операции, в среднем данный временной показатель составил $6,4 \pm 0,14$ часа, а при операции в условиях ИК этот показатель составил - $12 \pm 0,5$ часа. Госпитальный период у больных, оперированных на работающем сердце, составил в среднем 5-7 дней после операций, а у оперированных в условиях ИК соответственно - 10-12 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Реваскуляризация миокарда на работающем сердце в условиях параллельного ИК является альтернативой для больных с выраженными нарушениями функции ЛЖ и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Коронарное шунтирование на работающем сердце позволяет добиться хороших результатов с минимальным риском фатальных сердечных осложнений при условии соблюдении стандартов хирургического лечения и выбора тактики у данной категории больных.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Ахмедов У.Б., Илхомов О.Э., Чернов Д.А., Кенжаев Ф.Х., Мирзаев Х.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»

Цель: оценка непосредственных, ближайших и отдаленных результатов коронарного шунтирования больных с нестабильной стенокардией после медикаментозной стабилизации состояния.

Материал и методы: в исследование вошли 110 пациентов с многососудистым поражением коронарного русла, которым проводились операции коронарного шунтирования в нашем центре за период с 2005 по 2010 года. Клиническими факторами, с помощью которых оценивалась эффективность лечения непосредственно после вмешательства, являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, качество жизни, инфаркт миокарда, осложнения, данные ЭхоКГ исследования. Все больные имели нестабильную стенокардию (ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). Двое больных имели клинику острого коронарного синдрома. Всем больным дооперационном периоде проводилась базисная медикаментозная терапия для стабилизации состояния.

Результаты: Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 78,8% случаев. Артериальная гипертензия в 64,7%, сахарный диабет 11,2%, острый инфаркт миокарда 2,8%. По количеству пораженных коронарных сосудов распределились следующим образом: двухсосудистое поражение 33,8%, трехсосудистое поражение 52,1%, поражение ствола левой коронарной артерии 14% случаях. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая артерия - в 90,1%.

У 10 больных непосредственно после операции КШ при проведении ЭКГ в динамике наблюдалось улучшение коронарного кровообращения, ухудшение коронарного кровообращения отмечалось в 5 случаях, во всех остальных случаях без динамических изменений. По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка до операции варьировала от 39% до 71% (в среднем составила $54,5 \pm 1,2\%$) и в послеоперационном периоде от 39% до 72% (в среднем $54,8 \pm 2,02\%$). Периоперационный инфаркт миокарда составил 4,2%. Двое пациентов в предоперационном периоде имели клинику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Тест на тропонин I в последних случаях был отрицательным.

Было выполнено 110 операций КШ: 39 больным - двумя шунтами, 55 - тремя, 14 больным наложены 4 шунта и 2 больным 5 шунтов.

Выводы: сравнивая непосредственные и ближайшие результаты хирургического лечения ИБС при нестабильной стенокардии, можно отметить что данный метод имеет стойкий клинический эффект. Также необходимо отметить что надо стремиться к стабилизации состояния пациентов в предоперационном периоде, что значительно улучшает прогноз предстоящих операции. В случае безуспешности медикаментозной терапии для стабилизации состояния больных с нестабильной стенокардией в экстренном порядке проводится операция коронарного шунтирования.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИНГ ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ШАҲАР ВА ВИЛОЯТЛАРИДА ТАРҚАЛГАНЛИГИ

*Хамзаева Н.Т., Зоирова Н.Т., Салоитдинова М.Н.
Тошкент тиббиёт академияси*

Дунёда аёллар орасида учрайдиган энг кўп ва кенг тарқалган ўсма касалликлари гурухига киради. ЖССТ маълумотларига кўра бутун дунё бўйича ҳар йили 1,38 миллион нафар кишиларда сут беzi саратони билан янги ҳолатлар аниқланмоқда, бу ҳар соатда 158 нафар сут беzi саратонининг янги кўрсаткичларнинг рўйхатга киритилиш, касаллик даражасининг кескин ошиши ва бу касалликдан ўлим ҳолатларининг қайт этилиши кузатилмоқда.

Бутун дунё бўйича саратон касаллигининг тарқалганлиги тенденцияси турлича. Ривожланган мамлакатларда касалланиш кўрсаткичи паст ва кам ривожланган мамлакатларда энг кўп. Шарқий Осиёда - ҳар 100 минг аёлга 18 та касаллик тўғри келади. Ушбу кўрсаткич Жанубий Ўрта Осиё мамлакатларида - 100 000 аёлга 22 та, Саҳрои Кабрдаги Африка мамлакатлари аҳолиси ўртасида - 100 минг аёлга 22 та, Жануби-шарқий Осиё давлатларида - 100 минг аёлга 26 нафар касаллик тўғри келиши кузатилган. Шунингдек, Шимолий Африка давлатлари аҳолисининг - ҳар 100 минг аёлга 28 та, Ғарбий Осиё - 100 минг аёлга 28 та, Жанубий ва Марказий Америка - 100 минг аёлга 42 та, Шарқий Европа - ҳар 100 минг аёлга 49 та, Жанубий Европада - 100 минг аёлга 56 киши, Шимолий Европа - 100 000 аёлга 73 киши, Океания - ҳар 100 минг аёлга 74 та, Ғарбий Европа - 100 минг аёлга 78 ва Шимолий Америка - 100 000 аёлга 90 киши касалланиши қайд этилган.

Сут беzi хавфли ўсмасидан ўлим кўрсаткичи мамлакат даромади даражасига ҳам боғлиқ бўлиб, даромади юқори даражада бўлган мамлакатларда ўлим даражаси 24%ни ташкил этса, паст ва ўртача даражали мамлакатларда у мос ҳолда 38-48%ни ташкил этади. Бунда сут беzi хавфли ўсмасидан юзага келадиган ўлимнинг 1,5 миллионга яқинини бартараф этиш мумкинлиги қайт қилинган.

Россия Федерациясида 2005 йилдан бери 2015 йилгача сут беzi саратонинг тарқалиши 1,43 мартага кўпайди, сут беzi саратонидан ўлим даражаси 1,65 мартага камайди. Россиядаги аёлларда хавфли ўсма касалликлари тузилишида сут беzi саратони 1-ўринни эгаллайди, 2015 йилда сут беzi саратонига чалинган беморларнинг 40% да ўлим кузатилган.

Республикаимизда онкологик касалликлар орасида узок йиллар давомида, кўкрак беzi саратони етакчи ўринни эгаллаб келмоқда. Ўзбекистон ҳудудида тарқалган ва рўйхатга олинган онкологик касалликлар турлари ичида, 10-15% фойздан кўпроги, кўкрак беzi саратони турига тўғри келади.

Сут беzi хавфли ўсмаси Ўзбекистон Республикасида аёллар орасидаги ўлимнинг асосий сабабларидан биридир. Сўнгги ўн йилликларда Ўзбекистон онкологик хизматининг замонавий ривожланиш босқичида аёлларда сут беzi хавфли ўсмаси билан касалланиши ва ўлим кўрсаткичининг ортиб бориши муаммоси пайдо бўлди.

Тадқиқот максади. Сут беzi хавфли ўсмаси касаллигининг тарқалганлигини адабиётлар таҳлили ва Ўзбекистон Республикаси шаҳар ва вилоятларида тарқалганлигини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Сут беzi хавфли ўсмаси мавзусида ёритилган илмий ишлар адабиёти таҳлили ва Ўзбекистон Республикаси ССВ, ЎзР Саломатлик ва тиббий статистика институтининг кўкрак беzi саратони билан касалланиш бўйича расмий маълумотлар ва ҳисоботлари. Шунингдек, кўкрак беzi саратони билан касалланган беморларнинг касаллик тарихлари. Ушбу илмий ишнинг бажарилишида эпидемиологик, санитария-гигиеник ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Ўзбекистон Республикасида аёлларнинг саратон касалликлари билан касалланиш тузилмасида сут беzi саратони 1-ўринни эгаллайди, республикада сут беzi саратонининг янги ҳолатлари доимий равишда ўсиб бормоқда (2001 йилдаги 15,9% дан 2014 йилда 23,2% гача ўсган). Бундай вазият 30-40 йил олдин масалан 1971 йилда аёлларда онкологик касалликлар тузилишида биринчи ўринни ошқозон саратони эгаллаган эди - 17,6%, шу йили сут беzi саратони атиги 7,9% ни ташкил этган.

Ўзбекистон Республикасида сут беzi саратони билан касалланиш кўрсаткичи 2007 йил 100 минг аҳолига нисбатан 7,96 ни, 2008 йил 7,47 ни, 2009 йил 7,65 ни, 2010 йил 8,05 ни, 2011 йил 9,04 ни, 2012 йил 8,86 ни, 2013 йил 8,85 ни, 2014 йил 8,59 ни, 2015 йил 9,31 ни, 2016 йили 9,21 ни, 2017 йил 9,25 ни ташкил этди. Динамикада касалланиш кўрсаткичи кўтарилиб бормоқда. Юқоридаги кўрсаткичлардан кўриниб турибдики, республикаимизда кўкрак беzi саратони билан касалланиш кўрсаткичи 2007 - йилан бошлаб сезиларли даражада кўтарилиб бормоқда. Энг юқори кўрсаткич 2015 йилда аниқланган яъни 100 минг аҳолига нисбатан 9,31 ни ташкил қилган. Республикаимизда кўкрак беzi саратони билан

касалланиш кўрсаткичларини ортиб бориши бу касалланганларни эрта аниклаш ва олдини олиш мақсадида Республикаимиздаги барча вилоятларида, Онкологик марказларини замон талабларига жавоб берадиган тиббий техникалар билан жиҳозланганлик даражаси йилдан-йилга яхшиланиб борилиши йўлга қўйилмоқда.

Республикаимизда сут беги саратонига чалиниш кўрсаткичларини таққослаганда энг юқори кўрсаткич Тошкент шаҳрида қайд этилди. 2002 йилда 100 000 аҳолига 19,1 ни ташкил этган бўлса 2012 йилда 21,3 ни ташкил қилди.

Тошкент аҳолиси орасида турли этник гуруҳларда 2002 йил сут беги саратони билан касалланишининг тахлили ўтказилдиганда рус аёллари орасида, ўзбек аёлларига нисбатан 2,9 марта кўп учраганлиги аниқланган.

2007 йилдан 2017 йилгача касалланишининг динамикасини ҳудудлар бўйича тарқалганлигини аниклаш мақсадида 12 та вилоят, Тошкент шаҳри ва Қорақалпоғистон Республикаси миқёсида жами касалланганлар сони 100000 аҳолига нисбатан касалланишининг ўртача интенсив кўрсаткичини тахлилини ўтказганимизда Республикаимизнинг турли ҳудудларида бир текис тарқалмаганлиги аниқланди. Ўзбекистон Республикаси бўйича кўкрак беги саратони билан касалланиш кўрсаткичи 2007-2017 йилларда ўртача 100 минг аҳоли сонига 8,5 ни ташкил этган бўлса, Тошкент шаҳри (22,6), Тошкент вилояти (9,7), Бухоро (9,6) Навоий (8,1) вилоятларида республика бўйича касалланиш кўрсаткичларига нисбатан юқори кўрсаткичларда учраши қайд этилган. Фарғона (8,0), Андижон (7,66), Хоразм (7,6), Сирдарё (7,54), Наманган (6,8), Самарқанд (6,7) вилоятларида республика кўрсаткичига яқин кўрсаткич қайд қилинган бўлиб Қашқадарё (6,23), Жиззах (6,14), Қарақалпоғистон Республикаси (6,1) ва Сурхондарё (5,1) вилоятларида республикага нисбатан касалланиш кам қайд этилганлиги аниқланди.

Кейинги йилларда Ўзбекистон Республикасида кўкрак беги саратони билан курашда катта ютуқларга эришилди. Бироқ, кўкрак беги саратони муаммоси ҳамон ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда, бу биринчи навбатда кўкрак беги саратонини келтириб чиқарилишига аёлларда сурункали кечадиган гинекологик хасталиклар, аёлнинг ҳаёти давомида туғмаслиги, боласини эмизмаслиги, кетма-кет қилинган сунъий абортлар, кўкрак соҳасидаги жароҳат, кучли ва давомли стресс, гормонал баланснинг бузилиши, ортиқча вазн ва нотўғри овқатланиш, мастопатия хасталигининг тугунли шакли, радиация ва бошқа омиллар сабаб бўлади.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УДАЛЕННОГО МАКРОПРЕПАРАТА ДИФфуЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ

*Хамидов Ф.Ш., Нишанов Ф.Н., Нишанова Д.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Актуальность проблемы: По мнению большинства исследователей, тиреоидный статус после операции зависит от активности тиреостимулирующих антител, функциональной активности щитовидной железы и объема тиреоидного остатка. Изучению корреляционных связей между морфологическими изменениями ткани щитовидной железы и активностью аутоиммунных процессов при отдаленных результатах хирургического лечения ДТЗ уделено недостаточно внимания. Возможность прогнозирования исходов оперативного вмешательства на основе морфологического исследования позволит объективно определять качество проведенного хирургического лечения и оценить результатов операции.

Цель исследования: изучить морфологические критерии диффузного токсического зоба для объективизации качества хирургического метода лечения этого заболевания.

Материал и методы исследования: Работа выполнена на операционном материале которое проанализированы результаты хирургического лечения у 119 пациентов с ДТЗ на базе Клиники АГМИ за период с 2014 по 2019 г.. Проведены морфологические исследования щитовидных желез, при удалении у 119 больных с диффузным токсическим зобом. Из морфологических исследованных препаратов щитовидной железы (обе доли и перешейка) были обработаны методами вариационной статистики с подсчетом средних значений и их стандартного отклонения. Для определения функционального состояния щитовидной железы по морфологическим признакам мы использовали индекс Брауна, в основе которого лежит зависимость между диаметром фолликулов и высотой тиреоидного (фолликулярного) эпителия. Как установлено, величина этого индекса обратно пропорционально функциональной активности органа. Имея в виду вариабельность показателей диаметра фолликулов и высоты эпителия, а также неравномерности расположения фолликулов в различных зонах желез, мы прибегали к получению усредненных данных путем вычисления « $M \pm m$ » в результате многочисленных измерений как величины фолликулов, так и тиреоидных клеток. Количество измерений в каждом объекте составляло 79 фолликулов. Все это в значительной степени повышало объективность оценки функционального состояния щитовидной железы. Измерение параметров железы производили в определенных зонах.

Результаты исследования: Диффузный токсический зоб чаще встречается у женщин в соотношении 1:7 в возрасте 25-45 лет. При гистологическом исследовании выделены 3 варианта диффузного токсического зоба: гиперпластический вариант с лимфоцитарной инфильтрацией (42,5%), гиперпластический вариант без лимфоидной инфильтрации (29,9%) и коллоидно пролиферирующий зоб (27,6%). Определены морфологические критерии диффузного токсического зоба: гиперплазия долек, пролиферация тиреоидного эпителия с образованием сосочков, наличие призматического эпителия в фолликулах, очаговые лимфоидные инфильтраты, метаплазия тиреоидного эпителия. Описаны морфологические признаки рецидивного зоба: выраженный пролиферацией экстрафолликулярного эпителия и образование многочисленных мелких фолликулов, в тенденции к узлообразованию, с наличием субкапсулярного и интерстициального фиброза. При гистоморфологическом исследовании структуры удаленного препарата у больных с классическим диффузно-токсическим зобом (или базедовская струма) в стенках макрофолликула в 10-15% наблюдений обнаруживаются сандерсоновские подушки или отдельные сосочковидные выпячивания, выстланные в высоком призматическим эпителием. При этом заболевании значительно чаще встречаются зобы макрофолликулярного строения, фолликулы которых значительно увеличены в объеме вследствие застоя в них обильного количества коллоида - густой консистенции. Клетки тиреоидного эпителия при этом приобретают плоскую форму, а иногда становятся нитевидными. Между крупными фолликулами можно обнаружить небольшие группы малых фолликулов.

Заключение: Анализ результатов проведенного исследования показал, что морфологическими критериями диффузного токсического зоба являются гиперпластические процессы в щитовидной железе, выраженный пролиферацией тиреоидного эпителия, лимфоидными инфильтрациями и трансформацией тиреоидного эпителия из кубического в призматический или цилиндрический.

Морфологическими критериями для возможности развития рецидивного токсического зоба являются наличие субкапсулярного и интерстициального фиброза, в тенденции к узлообразованию, выраженной пролиферации экстрафолликулярного эпителия и образование многочисленных мелких фолликулов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

*Хамраев О.А., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Абдулазизов С.А., Садиқова Д.И., Хужамбердиев У.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Своевременная диагностика и квалифицированная экстренная помощь при травматических повреждениях наружных половых органов у мужчин.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2019 год в урологической клинике АГМИ находились 77 больных с травматическими повреждениями наружных половых органов мошонки. Преимущественно это были лица трудоспособного возраста от 25 до 55 лет. Характер повреждений были следующие: открытые 2, закрытые 75. Из них ушиб мягких тканей мошонки и полового члена - у 30, рваные раны мошонки - у 48, ушиб мошонки с образованием гематомы - у 45, разрыв яичка - у 29, перекрут яичка - у 25, перелом полового члена - 23. На основании жалоб, анамнеза, осмотра мошонки и ее органов, пальпации лабораторных и ультразвуковых исследований - установили характер повреждений.

Результаты исследований. Больным с закрытием повреждением яичка и его придаток применяли консервативное лечение - постельный режим, на мошонку накладывали суспензорий, местно назначали холод, антибактериальная терапия. При наличии кровоподтеков и гематом для ускорения рассасывания назначали физиотерапевтические процедуры.

У 45 больных произведено вскрытие гематомы, у 50 больных - ушивание разрыва яичка и полового члена.

У 19 больных выявлен перекрут яичка. Из них, у 12 при ревизии были признаки жизнеспособности яичка, поэтому его приводили в нормальное положение с последующим фиксированием.

У 9 больных с перекрутом яичка выявлено - омертвление тканей яичка, поэтому выполнена орхиэктомия. Открытие повреждений яичка и придатка яичка наблюдались у 27 больных. Эти повреждения были рваными, колотыми и резанными.

Объем оперативных вмешательств заключалась ревизией целостности, органов мошонки и полового члена, при наличии гематомы их удаляли, при разрывах яичка и перелома полового члена ушивали кетгутом.

Все больные в послеоперационном периоде принимали региональную антибактериальную терапию.

Вывод В результате своевременной диагностики и оказания квалифицированной экстренной хирургической помощи, у всех больных восстановлена трудоспособность, сохранена репродуктивная функция.

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН МЕЪДА САРАТОНИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

*Ҳасанов Д.Ш., Шухратбеков Ж.Д.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Меъда саратонини даволаш замонавий онкологиянинг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунда меъда саратони дунёда хавфли ўсmalar келтириб чиқарувчи ўлим кўрсаткичи бўйича ўпка саратонидан сўнг 2-ўринни эгаллаб турибди. Махсус даво ўтказилмаган диссеминациялашган меъда саратони билан беморлар яшовчанлик медианаси 3-4 ойни ташкил қилади. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бу беморларда химиотерапия яшовчанлик кўрсаткичини 3 ойдан 10 ойгача орттиради.

Тадқиқот мақсади: Диссеминациялашган меъда саратони даво натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: Тадқиқот 2015-2018 йилларда РИОРИАТМ Андижон филиали химиотерапия бўлимида диссеминациялашган меъда саратони ташхиси билан даволанган 44 нафар бемор кузатув натижаларига асосланган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиниб ўрганилган, 1-гуруҳга РF схемада, 2-гуруҳга IP схемада химиотерапия ўтказилган.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гуруҳда химиотерапия РF: Цисплатин 75 мг/м² 1- кун, 5-фторурацил 1000 мг/м² 1-5 кунлар режими қўлланилган, даво курси ҳар 4 ҳафтада такрорланган. Иккинчи гуруҳда химиотерапия IP: Иринотекан 40 мг/м² 1,8-кун, Цисплатин 75 мг/м² 1, 8 кунлар режими қўлланилган, даво курси ҳар 4 ҳафтада такрорланган. Даво самарадорлиги ҳар 4 ҳафтада клиник ва ультратовуш, эндоскопик текширувлар ёрдамида баҳоланган. Даво самарадорлигини таҳлил қилишда бирламчи ўсма локализацияси, гистологик типи, дифференцировка даражаси, алоҳида метастазлар мавжудлиги, бемор ёши, жинси, ҳамроҳ касалликлари этиборга олинди.

Ўтказилган давога объектив жавоб 1-гуруҳда- 10,7%, 2-гуруҳда- 44,2%, жараён стабилизацияси 44,8%- 67,1%, ҳаёт давомийлиги медианаси ўртача 8,5 ой, 12,2 ой, 1 йиллик умумий яшовчанлик 31,0% -46,1% биринчи ва иккинчи гуруҳда мос равишда ташкил қилган.

Хулоса: Диссеминациялашган меъда саратонида II қатор химиотерапия ҳаёт давомийлиги медианасини ўртача 3,7 ойга орттиради. II қатор химиотерапия қўлланиши касаллик стабилизация вақтини 23,7%га узайтиради.

ЖИГАР ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИНГ ИНТЕРОПЕРАЦИОН ДЕСТРУКЦИЯ УСЛУБИ

*Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Илмий манбаларда норезектабель жигар хавфли ўсмаларини тери орқали алкоголизация қилиш амалиёти ҳажми 5 смгача бўлган, яхши чегараланган тугунли ҳосилаларда ўтказилади. Катта ҳажмдаги, чегаралари ноаниқ ҳосилаларда бу амалиёт ўсма массасини этил спирти билан тўлиқ тўйинтириш имконини бермайди. Бундан ташқари, 2 см дан кичик ҳажмдаги ўсмаларга пункцион игна билан тўғри тушиш қийинчилиги омили ҳам бор. Юқоридагиларни ҳисобга олиб, жигар хавфли ўсмаларини этил спирти ёрдамида интероперацион деструкция қилиш услуги натижаларини ўргандик.

Биз томонимиздан норезектабель жигар хавфли ўсмаларида модификациялаштирилган интероперацион деструкция қилиш услуги таклиф қилинади. Услуги бажариш техникаси, операция вақтида ҳосила ўртасига игна учи ўрнатилади ва белгиланган микдордаги спирт ҳосила ичига юборилади. Амалиёт давомида ўсма атрофи ва соғ тўқима чегарасида некротик ҳалка ҳосил қилиш мақсадида спирт юбориш билан аппликация қилинади. Бу услуб жигарнинг катта ҳажмдаги ҳосилаларида ҳам деструкция ўтказиш имконини беради. Амалиёт учун керакли этанола микдори клиник амалиётда кенг қўлланиладиган формуладан фойдаланилди.

Формула: $V = 4/3 \cdot \pi \cdot (R+0,5)^3$, бу ерда R – ўсма айланаси радиуси.

Хулоса: Норезектабель жигар хавфли ўсмаларида интероперацион ўсмаларни этил спирти ёрдамида деструкция қилиш услуги самарали ва хавфсиз услуб ҳисобланади.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

*Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З., Хакимов Т.А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Рак желудка с канцероматозом брюшины, остается неприступной крепостью для современной лекарственной терапии. Несмотря на применение самых лучших комбинаций в первой линии химиотерапии, большинство больных умирает в течение первого года после постановки диагноза. За последнее десятилетие в Узбекистане, отмечают увеличение заболеваемости раком желудка. В общей структуре онкологической заболеваемости, рак желудка занимает шестое место (6,2%), и второе место (10,0%) в структуре смертности. При этом в большинстве случаев рак желудка диагностируется на поздних стадиях, когда опухоль является нерезектабельной. Данные литературы, а также результаты исследований указывают на тот факт, что канцероматоз брюшины, является ключевым фактором, определяющим прогноз заболевания, качество жизни пациента и эффективность проводимой терапии. Изучение анатомических особенностей строения брюшины, функции серозно-лимфатического люка, и особенностей развития канцероматоза брюшины, представляется актуальным. Перитонеальный канцероматоз представляет собой имплантационное метастазирование злокачественных опухолей из желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального источников. Это вторичный процесс и объективно проявляется канцероматозными узлами различного диаметра на поверхности брюшины. Данный патологический процесс рассматривается как локальный, лечение которого в своем большинстве проводится на основе прямого воздействия на брюшинные патологические очаги.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения рака желудка с канцероматозом брюшины.

Материалы и методы. Проводится морфологическое исследование операционного материала от 27 пациентов больных раком желудка с канцероматозом брюшины и асцитом Gr IV, T3–4N0–3M1. На данный момент проводится набор группы пациентов и материала для исследования. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica10.0».

Результаты исследования. Исследование гистотипа опухоли показало, что в большинстве случаев среди больных раком желудка с канцероматозом брюшины и асцитом встречается низкодифференцированная аденокарцинома (44,4%), перстневидноклеточный рак (37,03%). На момент обращения за помощью у 70% пациентов опухоль тотально поражает желудок и выходит на абдоминальный отдел пищевода. Остальные 30% имеют субтотальное поражение. Преимущественно опухоль поражает проксимальные отделы желудка. В связи с этим у пациентов развивается дисфагия, различной степени тяжести, нутритивная недостаточность, часто кахексия. На момент обращения ECOG статус у большинства пациентов 1–3, что несколько затрудняет проведение какого-либо специализированного лечения (химиотерапия, паллиативное оперативное). Индекс канцероматоза у большинства пациентов варьирует от 15–19 до 39 (максимальное значение данного показателя). Не все пациенты могут получать химиотерапию в необходимом объеме. Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что данная категория пациентов является прогностически неблагоприятной, и требует особого внимания и подхода в лечении.

Вывод. Результаты исследования вновь показывают, что рак желудка с канцероматозом брюшины является актуальной проблемой для онкологов. Отсутствие успехов в терапии низкодифференцированной аденокарциномы и перстневидноклеточного рака желудка, которые плохо поддаются химиотерапии и являются прогностически неблагоприятными факторами.

ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

*Жалолов О.К., Хасанов Д.Ш., Хакимов Т.А., Солижонов О.Н.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Несмотря на развитие хирургии мочевого пузыря и современные медицинские технологии, операция радикальная цистэктомия сопровождается высокой частотой осложнений в течение первых 90 дней до 70 % и летальностью до 9,0 %.

Цель исследования. Определение частоты ранних послеоперационных хирургических осложнений и летальности после радикальной цистэктомии.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты ранних послеоперационных осложнений у 42 пациентов, которым в период с 2017 по 2020 г. в Андижанском филиале РСНПМЦОР выполнена операция радикальная цистэктомия. Распределение больных по полу 34 (81,2 %) мужчины и 8 (18,7 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 50,5 года. Средняя медиана наблюдения – 36,4 мес. У всех пациентов операция выполнена открытым доступом. Из методов деривации мочи преобладала операция Брикера 30 (71 %) случаев, УКС – 12 (29 %).

Результаты исследования. Осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 22 (53,1 %) пациентов. Осложнения Clavien I–II составили 31,2 %, а Clavien III–IV–21,8%. Хирургические осложнения: несостоятельность межкишечного анастомоза – 1,1 %, несостоятельность уретероилеоанастомоза – 4,25 %, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 2,1 %, лимфоцеле – 7,8 %, гастростаз (парез кишечника) – 38,2 %, пиелонефрит – 12,5 %. Частота осложнений коррелировала с возрастом пациентов и стадией рака мочевого пузыря. Послеоперационная летальность составила: одна месячная – 4,5 %, трёх месячная – 5,1 %. Причинами летальности явились тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), острый инфаркт миокарда, мезентеральный тромбоз и острые нарушения мозгового кровообращения.

Вывод. Радикальная цистэктомия остается по-прежнему операцией высокой категории сложности и сопряжена с большой частотой осложнений.

БИРЛАМЧИ ЖИГАР САРАТОНИ ТАРГЕНТ ХИМИОТЕРАПИЯСИ

*Хасанов Д.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги кунда бирламчи жигар саратони қайд этилган беморларнинг 70-75% кечки босқичларда аниқланаётганлиги ачинарли ҳолатдир. Махсус даво ўтказилмаган кечки босқичларда аниқланган жигар саратони аниқланган беморлар яшовчанлик медианаси 5-6 ойни ташкил қилади. Бундай беморларнинг асосий даво усули химиотерапия ҳисобланади. Гепатацеллюляр карциноманинг замонавий химиотерапияси келажаги таргент даво ҳисобланмоқда. Гепатацеллюляр карциномада таргент химиотерапия беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичини сезиларли даражада орттиради.

Тадқиқот мақсади: Гепатацеллюляр карциноманинг даво натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: Тадқиқот 2017-2019 йилларда РИОРИАТМ Андижон филиали химиотерапия бўлимида бирламчи жигар саратони ташхиси билан даволанган 32 нафар бемор кузатув натижаларига асосланган. Тадқиқот 2 гуруҳда ўрганилган, 1-гуруҳда GP схемада, 2-гуруҳда доксорубицин+сарафениб схемада химиотерапия ўтказилган.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гуруҳда химиотерапия GP: Гемцитабин 1000мг/м² 1-8 кунлар, Цисплатин 25 мг/м² 1-8 кунлар режими қўлланилган, даво курси ҳар 4 ҳафтада такрорланган. Иккинчи гуруҳда химиотерапия Доксарубицин 80мг/м² 1-кун, Сарафениб таблетка 30мг-2 маҳал 90кун давомида режими қўлланилган, даво курсида доксарубицин ҳар 4 ҳафтада такрорланган. Даво самарадорлиги ҳар 4 ҳафтада клиник ва ультратовуш, ҳар 3 ойда МСКТ текширувлар ёрдамида баҳоланган. Даво самарадорлигини таҳлил қилишда бирламчи ўсма локализацияси, ҳажми, дифференцировка даражаси, алоҳида метастазлар мавжудлиги, бемор ёши, жинси, ҳамроҳ касалликлари эътиборга олинди.

Ўтказилган давога объектив жавоб 1-гуруҳда- 18,7%, 2-гуруҳда- 27,2%, жараён стабилизацияси 42,8%- 66,1%, ҳаёт давомийлиги медианаси ўртача 7,5 ой, 10,3 ой, 1 йиллик умумий яшовчанлик 34,0% -41,5% биринчи ва иккинчи гуруҳда мос равишда ташкил қилган.

Хулоса: 3-4-босқичда аниқланган бирламчи жигар саратонида таргент химиотерапиянинг қўлланиши беморларнинг стационарда бўлиш кунларини қисқартиради, ҳаёт давомийлиги медианасини ўртача 2,8 ойга орттиради, касаллик стабилизациясини 23,3%га узайтиради.

THE CLINICAL EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME

*Khodjimotov G.M., Khamdamov X.X., Mamadiev A.M., Yahyoev S.M., Tojiboev B.
Andijan State Medical Institute*

One of the actual problems of modern abdominal surgery is the approach to the treatment of obstructive jaundice syndrome. Tumors of the hepatopancreatoduodenal zone (HPDZ), as well as choledocholithiasis due to anatomical features are often complicated by the development of obstructive jaundice, which is observed in 75–95% of cases depending on the location of the lesion. Long-term obstructive jaundice leads to hepatic and renal failure, impaired blood coagulation system, reduced immunological status of the patient, which is a result of suppression of the function of hepatocytes. In addition, the condition for the development of infection in the bile ducts.

Surgical interventions increase the number of postoperative complications and mortality at the height degree of obstructive jaundice, which reaches 50%, while complications are observed much less frequently in patients who undergo radical surgery after eliminate of jaundice.

According to different authors, the operability in cancer of the HPDZ remains low point(5–23%), despite the advances in surgery in recent years [2–5].

The estimated duration of life expectancy in patients with inoperable is about 12 months, the main goal is to improve the quality of life of patients by eliminating obstructive jaundice and subsequent symptomatic therapy.

Certain achievements in the diagnosis and treatment of patients with cancer of the organs HPDZ or choledocholithiasis, complicated by obstructive jaundice are depend on active use into new clinical practice of new diagnostic methods, the use of modern minimally invasive technologies of laparo- and endoscopic, ultrasound, X-ray television and combinations [6-10]. There are three main methods used for treating patients with this pathology in modern abdominal surgery. They are transabdominal interventions, transduodenal endoscopic retrograde manipulations and percutaneous transhepatic interventions.

Between January 2018 and March 2019, 96 patients were admitted by the Department of Surgery of Andijan branch of the Republican Research Centre Emergency Medicine (Andijan city,Uzbekistan) with sign and symptoms of with obstructive jaundice. The patients were from 22 to 82 years old. Of the 96 patients, 53 (55,2 %) were females and 43(44,8%) were males. 72 (75%) patients were between 52 and 82 years old. Patients were divided into two groups. Of the 96 patients, 58 (60,4%) with a complication of gallstone disease (Group 1); 38 (39,6 %) patients with strictures of the distal common bile duct(Group 2). This division was relatively and determined the tactics of further treatment. The division into groups was performed using the minimum examination based on complaints, anamnesis, objective status, biochemical examination data and ultrasound. The relatively distinction of groups made it possible to determine the time pattern for the use of minimally invasive interventions.

The patients of the first group, tried to perform a two-stage surgical intervention with Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) and Endoscopic papillosphincterotomy (EPST) after preoperative preparation of 3–5 days. After 5–7 days, in case of a positive effect of the procedure observed according to indications, cholecystectomy was performed by one of the minimally invasive methods (laproscopically, or mini-access). In the case of contraindications to ERCP, at the same time laparotomy, cholecystectomy, supraduodenal choledocholithotomy were performed by traditional surgical intervention. A prerequisite for the completion of the operation in choledocholithiasis was the formation of choledochoduodenal anastomosis, as well external safety drainage by Holstead-Pikovsky.

Patients of the second group (38 people) did not have the possibility of long-term preoperative preparation, and therefore, the early decompression of the bile ducts and percutaneous transhepatic drainage were performed within 24 hours from admission to the hospital.

In this situation, one of the most important indicators is the INR (International Normalized Ratio) level. So if the prothrombin index in patients was less than 70%, this is considered a relative contraindication to transhepatic endobiliary interventions, since unresolved cholemia does not allow to hope for a successful correction of hemostasis disorders by conservative measures.

The manipulation was performed under the control of ultrasound and fluoroscopy. The bile duct was visually targeted by the help of an ultrasound probe and his puncture was performed using an adapter. The eighth intercostal space along the axillary line was considered the best access to the development of the bile tree. After contrasting the bile ducts, an attempt was made to pass the place of the obstacle and visualize the stricture. When penetrating into the duodenum, the first stage was installed externally - internal drainage (18 people). In case of impossibility to pass over the stricture site, external drainage was installed as close as possible to the block (14 people). In some patients, this manipulation was uncontested. After decompression, the patient was examined and further treatment tactics were determined. In the absence of contraindications for surgery, radical surgical interventions were performed based on oncological alertness. If it was impossible to perform a radical operation, minimally invasive methods for treating bile duct strictures were used - stenting with nitol constructs (6 people). In case of rejection of minimally invasive technologies, patients underwent classical surgical intervention which Roux-en-Y hepaticojejunostomy was preferred.

Result and discussion: Symptoms of obstructive jaundice such as jaundice of the sclera and skin, acholic feces were found in all patients. Pruritus with characteristic scratches on the body was observed in 96.1% of patients, slight epigastric pain in only 9% of patients. In the biochemical parameters of blood, pronounced changes indicating hepatic insufficiency were noted. The minimum level of bilirubin - 81 mmol / l, the maximum - 830 mmol / l. Accordingly, other functions of the liver were suffered.

With a mild degree of intoxication, moderately dilated bile ducts were considered the best tactics in which preoperative preparation was carried out for 3–5 days, followed by a two-stage surgical procedure - ERCP and, if indicated by EPCT.

In case of impossibility of long-term preparation, tactics were used with percutaneous - transhepatic cholangiostomy. Basically there are 3 ways of bile excretion: external, external - internal and internal. Most often (as a stage of detoxication, preparation for radical surgery or stenting of the bile ducts) performed external bile excretion. At the first stage, we performed external drainage in 18 patients, external - internal in 14 patients, stenting in 6 patients.

The volume of discharged bile with external drainage was 300–600 ml, with external - internal 200–300 ml. On the 1st and 2nd day, as a rule, a deterioration of the condition was observed, corresponding to 3–6 points on the APACHE II scale, which was observed in almost all patients. And only from the 4th to the 5th day, they noted a gradual improvement of the state and restoration of liver function. The reasons for this, in our opinion, were the invasiveness of the intervention and longer period of jaundice and, accordingly, less patient compensatory abilities.

When performing minimally invasive technologies, the following complications were encountered: acute pancreatitis 1. Damage to the extrahepatic part of the common bile duct 1, drainage migration in 1 patient. All complications were stopped by conservative measures.

Conclusion: Mechanical jaundice requires clarification of the causes of its development. Biliary decompression in patients with obstructive jaundice syndrome is possible either with the help of percutaneous - transhepatic cholangiostomy or with an endoscopic transduodenal method; the choice of biliary decompression method depends on the patient's general condition. The choice of the method of drainage should be based on the localization of stenosis or tumor and topographic - anatomical features of the biliary system. Radical surgery or duct stenting is performed after complete normalization of the functions of the liver. Minimally invasive stenting of the bile ducts is an alternative to surgical intervention (biliodigestive anastomosis).

THE PROPHYLAXIS OF PROGRESSING OF SUPPURATION AND INFLAMMATION PROCESSES OF COLOSTOMY IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

*Khodjimatrov G.M., Yahyoev S.M., Tojiboev B., Jurayev G. G.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: The first artificial anus was registered in 1493. The first abdominal colostomy had done in 1850 (lecture of R.N. Orshonsky). Since a lot of years, colostomies are not lost their importance and their formation over the years has been developed. Nowadays, ethyl alcohol (70%) is using for the care of colostomy in many hospitals, but it is not prevent completely suffering from a number of inflammatory complications in early postoperative period, while the using special antiseptic agent for colostomy areas is followed by a sharp decrease of early postoperative inflammatory complications.

Materials and methods of research: Between January 2018 and February 2019, 24 patients were hospitalized by surgical department of the Andijan branch of the Republican Research Centre Emergency Medicine with colostomy. Of the 24 patients, 14 (58,3%) were male and 10 (41,7%) were female and according age range was 55-62 years old. From of them, 13 (54,17%) patients were diagnosed with acute intestinal obstruction, (37,5%) were abdominal wall hernia with complication (bowel obstruction) and 2 (8,3 %) were colon cancer. All patients were divided into two large groups. The first group of patients were treated with ethyl alcohol (70%) and, as well wound is covered with a sterile napkin (Group 1). On the other hand, special antiseptic agent (Solutio Viridis nitentis spirituosae 2%, Formalin, Oleum Ricini and Colloidal lubricants) used locally (colostomy and peripheral tissue) for control group of patients. At the same time, the mucous membranes of the intestine were covered with sterile Vaseline and the colostomy was covered with a sterile napkin (Group 2). Conservative drug therapy (sol. Natrii chloridii 0.9%, sol. Glucosae 5%, sol. Trisoli 100 ml, to improve water-salt metabolism, ceftriaxone 1.0, left. 1000 mg metronidazole for antibiotic therapy and symptomatic therapy) is used for all patients in the postoperative period for the prevention of purulent inflammation of the colostomy.

Research findings: From our results, there are significant difference between using ethyl alcohol (70%) and special antiseptic agent. On the 3th day of the hospitalization, 3 (25%) patients had fever (38C °) and local inflammation of wound. There was a anastomosis (colostomy) failure 1 (8,3%) cases in the first group. As a result, hospitalization days of patients extended to 3 days (Group 1). In our control group, 1 (8,3 %) patient had a local inflammation of colostomy while another complications anastomosis failure, bleeding or fever were not observed at all patients (Group 2). Colostomy complications were eliminated by conservative therapy in all cases.

Conclusions: According to the findings, using of local special antiseptic agent can be reduce inflammation peripheral tissue and inflammatory complications of the colostomy in early postoperative period. In addition, prophylaxis of inflammation processes help to improve of clinical status of patients.

THE CLINICAL EXPERIENCES ON TREATMENT OF THE ACUTE OBSTRUCTION OF SIGMOID COLON IN ANDIJAN BRANCH OF THE REPUBLICAN RESEARCH CENTRE EMERGENCY MEDICINE IN UZBEKISTAN

*Khojimatrov G.M., Mamadiev A.M., Yahyoev S.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Acute obstruction of the sigmoid colon today is one of the most serious diseases in emergency surgery. Despite the high level of development of surgery, mortality in this disease today reaches 18-20%. In this regard, the surgical treatment of acute obstruction of the sigmoid colon to this day remains one of the most pressing problems in emergency surgery. In this area, scientific research continues in the clinics and laboratories of our Republic, as well as in the CIS countries and abroad.

Objective: To analyze the improvement of the results of surgical treatment of patients with acute obstruction of the sigmoid colon by using our proposed method of applying a cuff anastomosis of the end-to-end type.

Material and methods of research: We analyzed the results of treatment of 97 patients who hospitalized due to acute sigmoid obstruction, of which 55 (56.7%) were men and 42 (43.3%) were women. All patients were operated at the Department of Andijan of the Republican Centre Emergency Medicine. The modern methods of treatment were used for all patients. Clinical laboratory and instrumental methods such as X-ray examination, ultrasound, fibrocolonoscopy and other important examinations conducted for patients to diagnose acute sigmoid obstruction.

Patients were divided into two groups. The 1st group (control) included 75 patients who underwent detorsion with sigmoidopexy - 41(55%), detorsion with mesosigmoidoplication according to Gagen-Torn and sigmoidopexy-22 (29%), resection for colostomy - 12(16%).

The number of 2nd group (main group) of patients were 22 and all of them were hospitalized by diagnose of acute sigmoid colon obstruction. They were undergone resection of the sigmoid colon by our method of applying the cuff anastomosis of the end-to-end type.

A significantly important procedure was attached during the operation which was decompression of the gastrointestinal tract performed by stomach pump and intubation of the colon with a tube. As well as the possibility of resection of the sigmoid colon and performing an anastomosis according to our proposed technique was determined during the operation.

The majority of patients who had acute intestinal obstruction came to a hospital on fair or serious condition, associated with a high risk for life. In ordinary conditions of patients required full preoperative preparation in a short period of time. In all patients urgently operated on the basis of surgery emergencies. Moreover preoperative preparation was performed by correction of metabolic disorders.

Research findings: A comparative analysis of the results of treatment of patients showed that some patients in 1st (control) group patients experienced different complications, which suppuration of the postoperative wound was noted in 3 (4%), and evisceration abdominal organs in 1 (1.3%), postoperative pneumonia - in 2 (2.7%), cardiopulmonary failure - in 5 (6.7%).

It is noticeable that the postoperative complications were not observed between 2nd (main) group patients which the resection, imposition and anastomosis of the large intestine was performed according to our method. After appropriate treatment, all of them had satisfactory medical condition and they were sent to outpatient treatment.

Next criterion is that to estimate long-term results, this observed from 6 month to 2 years among control and main group patients which 54 patients (72%) were monitored from them, 33 (61.1%) were examined on an outpatient basis, 21 (38.9%) were interviewed by questioning, from them 34 patients belong to control group and also 20 patients registered for second (main) group. When carrying out examinations on patients in the long-term period after the operation, mainly attention is paid to the general conditions of patients, the presence of complaints, medical history, diet and physical activity, conducted a study of the abdomen, and also ascertained the regularity of the bowel movement, the condition of the anastomosis and intestines, and other organs of the abdominal tissue. Patients underwent a blood test, ultrasound of the abdominal cavity and intestinal irrigography and other examination methods.

Comparing the results of control and main group patients observations during next life highlighted that the 1st control group patients excellent results obtained 9 (25%) patients, good was 20(60%), satisfactory results were in 5 (15%). While in the main group 18 (90%) patients reached for excellent and about 2 (10%) patients experienced good results in the long-term period of life.

It is obvious that the satisfactory results were obtained among main group patients (excellent and good results were 18 and 2 patients, respectively) which large intestinal resection and implementation colonic anastomosis were performed according to our method.

Conclusion: The resection of the affected intestine with the performance of the primary anastomosis according to our proposed method of applying the cuff anastomosis large intestine of the end-to-end type does not lead to such complications as the failure of the anastomotic sutures and the narrowing of the anastomosis site. In the long-term period, due to surgical intervention, relapses do not occur and also a complex second stage of the operation is not required.

ХИРУРГИЯ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТЕНОЗОВ

*Худайбергенев Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»*

Актуальность: Число пациентов с рубцовыми стенозами трахеи из года в год неуклонно растет, ежегодный прирост составляет 5%. Циркулярная резекция трахеи с анастомозом «конец в конец» является радикальным способом лечения рубцовых стенозов. Однако при протяженных, мультифокальных стенозах, наличии тяжелых сопутствующих заболеваний и неврологического дефицита подобная операция невозможна или сопряжена с высоким риском развития послеоперационных осложнений. В связи с этим, актуальность многоэтапных реконструктивно-восстановительных операций не вызывает сомнений. Существует множество их модификаций, но принцип остается прежним: формируется ларинготрахеостома, иссекается рубцовая ткань, далее на срок не менее 6 месяцев устанавливается Т-образный стент. По прошествии указанного времени протектор удаляется, ларинготрахеостома ушивается. Продолжительность данного вида лечения минимум 7 месяцев. Однако в случае появления осложнений лечение может продлиться до нескольких лет и потребовать проведения дополнительных этапов хирургического вмешательства, особенно при возникновении трахеомалии, дефицита переднезаднего расстояния трахеи или недостаточности местных тканей, при которых необходимо использование дополнительных пластических материалов. Диагностика при рубцовом стенозе трахеи должна быть направлена на выявление не только сужения просвета дыхательного пути, но и интрамуральных изменений стенки трахеи, в том числе трахеомалии. Последнее усложняет лечение и должно рассматриваться как отягчающий фактор. Трахеомалия остается важной и до конца не решенной хирургической проблемой. Наличие этого патологического состояния осложняет лечение основного заболевания, требует выполнения сложных, зачастую многоэтапных хирургических вмешательств. Доказано, что недооценка трахеомалии может привести к осложнениям и повторным операциям. Однако визуализация признаков трахеомалии затруднительна, поэтому ее часто не диагностируют. Ситуация усугубляется еще и тем, что имеется «светлый» промежуток, когда разрушение трахеи произошло, но нарушений дыхания еще нет. За этот период пациента успевают выписать из клиники, а после появления жалоб они поступают уже в другие лечебные учреждения. Причем, отмечается увеличение частоты трахеомалии с возрастом. Ряд крупных исследователей предполагают, что истинная частота трахеомалии варьирует от 5 до 10% у пациентов. Предложено большое количество возможных тканей и материалов, а также вариантов операций, направленных на ликвидацию дефекта шейного отдела трахеи. Основные требованиями к ним сформированы четко: они должны иметь достаточные размеры, обеспечивать каркасную функцию и возможность эвакуации секрета, а также быть устойчивыми к инфекции. Несмотря на это, проблема является актуальной и продолжает оставаться предметом исследований и дискуссий торакальных хирургов, пластических хирургов и отоларингологов.

Материал и методы: В ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.В. Вахидова» с 2008 по 2020г. были пролечены 220 пациентов с РСТ. В 70% случаев стеноз был постинтубационный/пост-трахеостомический. До 2013 года преобладали случаи эндоскопического лечения с коагуляцией, расширением просвета трахеи, бужированием и установкой внутренних стентов типа Дюмона, одновременно увеличивалось количество циркулярных резекций трахеи, в дальнейшем с накоплением опыта лечения, при котором мы отмечали большое число рецидивов стеноза вследствие миграции внутренних стентов или развития грануляций у их концов, а также из-за роста количества больных с мультифокальными и протяженными стенозами стали чаще применять этапные реконструктивно-пластические операции (ЭРПО). При ЭРПО после первого этапа пластики просвета трахеи на Т-образном стенте возникает вопрос метода ликвидации открытого дефекта. 120 больных имели дефекты передней стенки трахеи различных размеров.

По характеру ликвидации дефекта передней стенки трахеи больные разделены на несколько групп: I. Кожно-мышечно-кожная пластика по Бокштейну в модификации отделения (n=81). II. Циркулярная резекция трахеи с ликвидацией дефекта (n=5). III. Пластика перемещенными лоскутами, в том числе с имплантацией аутореберного хрящевого трансплантата (n=10). IV. Пластика с использованием префабрикованного кожно-фасциально-хрящевого

лоскута на сосудистой ножке ($n=2$). У пятерых больных после ликвидации стеноза трахеи и деканюляции открытый дефект трахеи закрылся самостоятельно или после наложения нескольких швов ввиду небольших его размеров до 8-10 мм. Часть пациентов находится на промежуточных этапах лечения. Как указывалось выше, имеется отдельная подгруппа пациентов с трахеомалиацией, которые перенесли несколько этапов хирургического лечения, в частности, трахеостомия, эндохирургическое лечение (электро или лазерная коагуляция грануляций и зоны стеноза, бужирование), пластика просвета на Т-образном стенте и кожно-мышечная пластика с закрытием дефекта трахеи, осложнившаяся рестенозом или пролабированием лоскута в раннем послеоперационном периоде. Данная тяжелая категория больных нуждается в длительной экспозиции на Т-образном стенте – до года и более, при наличии больших размеров дефекта – применения более сложных пластических методов.

При трехслойной кожно-мышечной пластике и кожно-мышечно-хрящевой пластике сшивание мышц в качестве второго слоя зачастую приводит к сужению просвета трахеи и уменьшению глубины дыхательного пути в области дефекта. Выраженный рубцовый процесс окружающий дефект мягких тканей препятствует к сближению краев раны. В этом случае решением проблемы может быть использование перемещенных лоскутов из близлежащих от дефекта областей шеи. Наиболее приемлемыми являются: боковой, верхне-боковой и надключичный лоскуты.

10 больным с обширным дефектом передне-боковых стенок трахеи и дистального отдела гортани, произведена пластика с применением перемещенных лоскутов на ножке. В 2-х случаях с размерами дефектов более чем 30х50 мм понадобилась пластика с использованием префабрикованного кожно-фасциально-хрящевого дельто-пекторального лоскута на сосудистой ножке. Использование перемещенных кожно-фасциальных лоскутов на сосудистой ножке для закрытия дефекта трахеи может позволять восстановить слизистую оболочку области дефекта трахеи без использования окружающей рубцовой ткани и закрыть дефект вторым лоскутом без натяжения краев раны. В группе больных с дефектами трахеи в результате усовершенствования алгоритма диагностики и лечения удалось добиться снижения частоты послеоперационных осложнений до 12,3%, летальность на 120 человек составила 0,83%.

Выводы. Выбор способа пластики стойкого открытого дефекта передней стенки трахеи определяется в каждом конкретном случае индивидуально. При размерах дефекта трахеи до 18х35 мм, достаточной глубине просвета трахеи соответствующей просвету ниже и выше дефекта, единой оси трахеи и дистального отдела гортани без смещения и деформации просвета, при отсутствии трахеомалиации показана кожно-мышечная пластика дефекта с замещением местными тканями. Показанием к использованию вторых перемещенных лоскутов для пластики дефекта трахеи являются размеры дефекта более 18х35 мм, но не более 30х50 мм. Могут быть использованы ротационные кожно-фасциальные лоскуты, в том числе и с предварительной имплантацией хрящевого каркаса. Использование перемещенных лоскутов позволяет: сформировать слизистую выстилку в области дефекта без натяжения боковых стенок трахеи (первый слой); закрыть дефект (или укрыть хрящевой имплантант) хорошо кровоснабжаемым вторым лоскутом. Сложно-составной префабрикованный лоскут (дельто-пекторальный кожно-фасциально-хрящевой лоскут) рекомендуется использовать при наличии обширного стойкого дефекта размерами более 30х50 мм и сформированного просвета трахеи на данном уровне, без признаков рестенозирования дыхательного пути, отсутствие воспаления и инфицирования тканей вокруг дефекта.

ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ.

*Худайберганов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: В лечении больных с рубцовыми стенозами трахеи применяется комплекс эндоскопических, хирургических мероприятий, а также методы реконструктивной и пластической хирургии. При поступлении больных с критическими и декомпенсированными формами стенозов первым этапом применяют эндоскопические методы расширения и поддержания просвета трахеи в области сужения. Непосредственно после коагуляции и бужирования состояние больных значительно улучшается, при контрольной бронхоскопии определяется просвет трахей, свободно проходящий тубусом бронхоскопа в проекции ранее имевшегося критического сужения. При этом поверхность зоны стеноза изнутри обложена коагуляционным струпом или фибриновыми наложениями. В случае пластики просвета трахеи на Т-образном стенте после длительной экспозиции в дальнейшем возникает вопрос метода ликвидации открытого дефекта. Циркулярная резекция трахеи относится к разряду сложных реконструктивных вмешательств и требует слаженной работы специалистов торакальных хирургов, эндоскопистов и анестезиологов-реаниматологов и должна выполняться в специализированных клиниках.

Материалы и методы: Из 120 больных с дефектами передней стенки трахеи в 5 случаях произведена циркулярная резекция с ликвидацией дефекта. Мужчин 4(80%), женщин – 1(20%). Средний возраст составил $27,8 \pm 1,65$ лет, то есть наиболее трудоспособный. Стеноз постинтубационный/посттрахеостомический, в 80% причина ИВЛ травматического генеза, в 20% суицид. По локализации: трахеогортанный-60%, верхняя треть трахеи-20%, в/с трети-20%. Диаметр сужения трахеи в 40% случаев был менее 4 мм, в 60% случаев от 5 до 7 мм. В 4-х случаях первым этапом была произведена диатермокоагуляция зоны стеноза с бужированием. Двум пациентам произведено Т-образное стентирование в нашем отделении, еще у двоих Т-стент был установлен в других учреждениях ранее, все больные соответственно перенесли операцию традиционной трахеостомии в отделениях реанимации и ЛОР других ЛПУ.

Результаты: Всем больным производили бронхоскопическое исследование и компьютерную томографию. В результате исследований уточняли размеры дефекта передней стенки трахеи и мягких тканей шеи в проекции проведенной ранее трахеопластики, выраженность послеоперационных рубцов на шее после перенесенных ранее нескольких операций трахеопластики, рубцово-грануляционные сужения трахеи в проекции трахеостомы. Следует отметить, что после удаления Т-стента в ближайшие часы стеноз трахеи прогрессирует за счет отсутствия каркаса трахеи и наличия трахеомалиации. У одной больной дополнительно диагностировали трахеопищеводный свищ. На ТБФС визуализировали наличие свищевого канала между шейным отделом трахеи и пищеводом размерами 6х8 мм. Причем за 2 месяца до поступления в наше отделение больная перенесла операцию - левостороннюю колитомию с разобщением

пищеводно-трахеального свища, дренирование шейной раны. Однако на 8-е сутки после операции на рентгеноскопии с контрастированием обнаружен заброс контраста из пищевода в трахею на уровне 2 грудного позвонка слева. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с назентеральным зондом под наблюдения ЛОР врача и хирурга по месту жительства.

Всем больным проведена предоперационная подготовка, противовоспалительная, антибактериальная и небулайзерная терапия, курс санационных бронхоскопий. Учитывая небольшие размеры дефекта трахеи с одной стороны и наличие трахеомалии с другой стороны, что не позволило бы провести кожно-мышечную пластику местными тканями, а также отсутствие выраженного неврологического дефицита, у данных больных удалось произвести одномоментную резекцию трахеи с анастомозом конец в конец и ликвидацией дефекта передней стенки трахеи из шейного доступа. У женщины дополнительно произведена ликвидация пищеводно-трахеального свища. Удалено 5,5 см пораженной части верхней и частично средней трети трахеи. Диастаз между сшиваемыми каудальным и краниальным концами составил 6 см. Отличие данного вида резекции от резекции, проводимой при лечении изолированных рубцовых стенозов трахеи без пищеводно-трахеальной фистулы заключается в том, что иссекается и удаляется только хрящевая часть стенки трахеи, по возможности мембранозная стенка трахеи оставляется в зоне пищеводно-трахеального свища для создания избытка тканей с целью пластики свищевого отверстия. Отличается также и методика формирования межтрахеального анастомоза. Если при резекциях трахеи при рубцовых стенозах трахеи мы применяем технику наложения анастомоза с формированием задней мембранозной стенки путем непрерывного обвивного биосин 3.0 шва с узловыми швами на боковые (угловые) и переднюю стенку, то при формировании анастомоза у больных с пищеводно-трахеальной фистулой с рубцовым сужением трахеи после пластики свищевого хода имеется риск несостоятельности пищеводных швов, что может осложниться фатальным исходом при переходе несостоятельности на трахеальный анастомоз. С целью создания более прочной и герметичной задней стенки анастомоза мы использовали узловые биосин 3.0 швы на заднюю, переднюю, боковые стенки. С целью минимизации натяжения в зоне швов анастомоза проведена мобилизация трахеи на протяжении в проекции средней и нижней трети до области бифуркации с подтягиванием трахеи в каудальном направлении при помощи лигатур держалок. Интраоперационно проводится бронхоскопический мониторинг через интубационную трубку: проверяется каркаемость и герметичность анастомоза, наличие деформаций и сужения просвета.

Во всех случаях применена методика временной фиксации головы в положении приведения к грудной стенке и подшивания подбородка к коже грудной клетки на 14 суток для исключения резкого поднятия головы во время сна и нагрузки на анастомоз. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. На 7-8е сутки после операции проводился эндоскопический контроль зоны анастомоза. Также плановые контрольные эндоскопические осмотры проводятся через 1 месяц, через 3 месяца и через 5 месяцев после операции. На бронхоскопии зона анастомоза представлена тонкой гладкой белесоватой линией не выступающей за пределы хрящевых колец трахеи, просвет трахеи в области анастомоза без сужения и деформации.

За период эндоскопической коррекции и этапных Т-пластик у больных были купированы явления гнойного трахеобронхита, больные были реабилитированы по тяжелой сопутствующей патологии, а также сокращена протяженность и количество уровней рубцового поражения трахеи. Показаниями к проведению пластики на Т-образном стенте считаем: ротяженные, мультифокальные и трахеогортанные рубцовые стенозы трахеи; тяжелую сопутствующую патологию, требующую длительной реабилитации; ретенноз после эндоскопического лечения РСТ; рубцовую облитерацию над трахеостомой.

Выводы: Циркулярную резекцию трахеи следует производить не только при ограниченных стенозах без тяжелой сопутствующей патологии, ретеннозе после проведенных этапов эндоскопического лечения, но также при трахеомалии, ретеннозе и дефекте передней стенки трахеи после ларинготрахеопластики, а также наличии трахео-пищеводного свища в сочетании с рубцовым стенозом трахеи после неэффективных попыток ликвидации эндоскопическими и хирургическими методами. Следует учитывать необходимость и целесообразность проведения динамических наблюдений с эндоскопическим мониторингом на различных этапах лечения и на основании исследования переход на другие этапы хирургической коррекции до полной реабилитации пациента.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ

Хусанов Ш.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Болезни органов дыхания к которым относится ЛОР-патология, занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и имеют тенденцию к росту, что обуславливает важное медико-социальное значение данной патологии, особенно у школьников, как у самой большой группы детской популяции, составляющей около 70% детского населения России

Нормальное носовое дыхание является одним из важнейших условий оптимального функционирования респираторной системы и представляет собой активный физиологический процесс, существенно влияющий на объем и скорость инспираторных и экспираторных воздушных потоков, обеспечивающий кондиционирование и поступление в альвеолы воздуха, реализацию многочисленных риновисцеральных рефлексов.

Назальная обструкция оказывает выраженное отрицательное влияние на функциональное состояние различных систем организма и негативно отражается на качестве жизни пациентов.

Цель исследования. Целью исследования является объективная оценка и обоснование хирургического вмешательства при сочетанной адено tonsиллярной и риногенной хронической респираторной обструкции у детей.

Материалы и методы исследования. Для решения задач, поставленных в диссертации, нами обследовано 45 историй болезни больных в возрасте от 3 до 17 лет, обследованных и леченных по поводу ЛОР-патологии. Все пациенты были распределены на 3 возрастные группы в зависимости от пола и возраста.

Результаты исследования. При изучении структуры хирургических вмешательств по причине ЛОР-патологии можно отметить, что наиболее часто была проведена аденотомия – 36,6%, на втором месте тонзиллэктомия и аденотомия – 35,7% и третье место занимает тонзиллэктомия – 24,9%. Тест независимости между возрастными группами и нозологиями установил наличие связи между указанными параметрами.

Структура патологии лимфоидно-глоточного кольца больных с СОАС указывает, что наиболее часто СОАС отмечается при сочетании гипертрофии носоглоточной и небных миндалин (75,2% пациентов), далее по своему удельному весу занимают случаи с гипертрофией небных миндалин и пациенты с гипертрофией носоглоточной миндалины, т.е. синдром обструктивного апноэ диагностируется только при тяжёлых формах изолированных поражений носоглоточной или небных миндалин (гипертрофия 3-й степени) и особенно часто при их сочетаниях.

Гистоморфологическое исследование небных миндалин при хроническом тонзиллите у больных детей дошкольного и школьного возраста свидетельствует о наличии патоморфологических признаков воспаления в покровном эпителии, фолликулах, лимфоидной ткани и сосудах.

Выводы. Представленный клинический случай позволяет сделать выводы о необходимости выполнения алгоритма дооперационного обследования больных с новообразованиями носоглотки, включающего все перечисленные методы диагностики, так как они не являются взаимозаменяемыми.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ

Хусанов Ш.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Долгое время наличие аденоидов в носоглотке ассоциировалось только с детским возрастом, так как считалось, что к 14–15 годам жизни ребенка происходит возрастная инволюция носоглоточной миндалины и все жалобы, связанные с этим участком носоглотки, проходят.

Современные методы диагностики дают возможность своевременно диагностировать патологические состояния носоглотки и идентифицировать доброкачественный процесс и злокачественный, грамотно назначать необходимое лечение.

Цель исследования. Определение возможностей использования ряда показателей метаболизма и неспецифической антимикробной резистентности (исследование аутомикрофлоры кожи) для раннего выявления нарушений адаптационных возможностей организма и оценки риска снижения уровня здоровья детей с патологией глоточной миндалины.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 детей (35 мальчиков и 25 девочек). Основными базами исследования стали ЛОР-отделение детской городской больницы г. Андижана. Обследование проводилось на основе добровольного информированного согласия родителей или законных представителей детей.

Результаты исследования. В результате исследования показателей метаболизма у 60 детей в возрасте от 4 до 10 лет с различными состояниями глоточной миндалины выявлены метаболические маркеры риска снижения уровня здоровья. Дифференциация на подгруппы различной степени риска проводилась с помощью теста на аутомикрофлору кожи. Представлена программа коррекционно-оздоровительных мероприятий для детей с гипертрофией глоточной миндалины в зависимости от степени риска формирования хронического аденоидита.

У детей с гипертрофией носоглоточной миндалины (II группа здоровья) по сравнению с детьми контрольной группы наблюдалось повышение на 10–15% уровня ацилгидроперекисей, кальция, магния, фосфора и хлоридов на фоне нормальных показателей калия, натрия, молочной кислоты. Полученные данные свидетельствуют о том, что даже незначительные отклонения в организме ребенка приводят к отчетливым сдвигам метаболических процессов, опережающих функциональные и клинические проявления. Повышенное содержание ионов кальция и магния в конденсате выдыхаемого воздуха, по нашему мнению, указывает на компенсаторно-приспособительную реакцию организма в ответ на активацию свободнорадикального окисления, так как ионы кальция способствуют восстановлению фосфолипидов клеточных мембран. В то же время дальнейшее увеличение уровня кальция приводит к цитодетергентному эффекту. В ответ на повышение содержания кальция наблюдалось нарастание количества его функционального антагониста — магния, сдерживающего негативные последствия кальцийзависимых реакций.

Выводы. Представленный клинический случай позволяет сделать выводы о необходимости выполнения алгоритма дооперационного обследования больных с новообразованиями носоглотки, включающего все перечисленные методы диагностики, так как они не являются взаимозаменяемыми.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шаджалилова М.С., Осипова Е.М., Бурибаева Б.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бактериальная дизентерия остается одной из актуальных проблем инфекционной патологии. Удельный вес дизентерии в сумме острых диарейных заболеваний в 2010–2018 гг. составлял 22,5%–24%. Последние десятилетия отмечается рост полирезистентных штаммов дизентерии и смена микробного пейзажа. Изменение социально-экономических и эпидемиологических условий в стране, рост числа больных хроническими заболеваниями, несомненно, влияют на ход инфекционного процесса, однако их клиническое значение при дизентерии только начинает изучаться.

Целью данной работы было изучить и выявить особенности клинического течения острой дизентерии на современном этапе.

Материал и методы исследования. Изучено клиническое течение дизентерии у 60 больных в возрасте от 3 до 19 лет, находившихся на лечении в кишечном отделении клиники НИИ ЭМИЗ. Наблюдение за больными наряду с

традиционным клинико-лабораторным обследованием включало динамический бактериологический и серологический контроль. У части больных проводили ПЦР-диагностику.

Результаты. В последние годы наблюдается рост заболеваемости среди детей старших возрастов и взрослых. Заболеваемость дизентерией Флекснера в возрастных группах 4-6, 7-14, 15-19 лет превышала заболеваемость дизентерией Зонне в этих же возрастных группах в 1,5-3 раза. Одной из специфических особенностей дизентерии является неравномерное распределение заболеваемости по месяцам года с наиболее высоким числом случаев в жаркий период. В то же время в регионах, где имеются серьезные недостатки в обеспечении населения доброкачественной питьевой водой преобладают шигеллы Флекснера, а подъемы заболеваемости с дизентерией Зонне указывают на активизацию пищевого пути передачи инфекции. Анализ клиники дизентерии в зависимости от вида возбудителя показал, что при дизентерии Флекснер (всего 36 больных) в 86 % случаев развилась типичная форма болезни с преобладанием среднетяжелого, у 14% случаев наблюдалось тяжелая форма заболевания. При дизентерии Зонне у всех больных диагностировано среднетяжелая форма заболевания. Однако остается высоким процент негладкого течения болезни (24,5%), и это объясняется сопутствующей заболеваний, как лямблиоз, энтеробиоз и респираторные инфекции, которые, наслаиваясь на дизентерию, приводит к развитию смешанной инфекции.

Вывод. Дизентерия в структуре диарей составляет 21-25%. Преобладающей является дизентерия Флекснера (60%). В клиническом течении свойственны типичная форма болезни с преобладанием среднетяжелой формы заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Садикова Д.И., Абдулазизов С.А., Хужамбердиев У.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Одним из наиболее тяжелых контингентов неотложных урологических больных являются пациенты с острым обструктивным пиелонефритом. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости пиелонефритом и его септическим проявлениям, а также прослеживается тенденция к увеличению количества атипичного, малосимптомного течения острых гнойных форм пиелонефрита. Тяжесть клинических проявлений зависит от вида, локализации, выраженности и длительности существования обструкции, развития воспалительного процесса в почечной паренхиме, иммунного статуса организма и тяжести сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, хронический гепатит и др.). Гнойные формы пиелонефрита развиваются у 10-20 % больных с острым пиелонефритом.

Цель исследования. Оптимизация малоинвазивных технологий при обструктивном пиелонефрите.

Материал и методы исследования. В урологическом отделении на лечении с острым пиелонефритом находилось 110 больных, из них женщин 68, мужчин 42.

Результаты исследования. У 58 пациентов наблюдался острый обструктивный пиелонефрит, из этих больных женщины составляли 35, мужчины 23. После установления наличия обструкции (анамнез, объективные данные, лабораторные методы обследования, ультразвуковое сканирование, по показаниям радионуклидные и рентгенологические методы обследования все больные (58) были подвергнуты срочному оперативному вмешательству - Перкутанная нефростомия. В результате этого снизилась температура, общее состояние улучшилось, исчезли боли в области поясницы. В анамнезах крови; уменьшились показатели лейкоцитов и СОЭ, в анализах мочи снизилась лейкоцитурия и бактериурия. Наряду с этим больным была назначена соответствующая антибактериальная терапия, инфузии. Своевременное малоинвазивное оперативное вмешательство помогло достичь улучшения состояния больных в первые часы поступления в стационар.

Выводы. Большинство больных, поступающих в клинику с острым обструктивным пиелонефритом, с применением малоинвазивных оперативных вмешательств, с удовлетворительными результатами могут быть оперированы через 6 - 12 часов с момента поступления.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Шайхова Г.И., Касымов А.Л., Бутабоев Ж.М., Касымов Н.А., Азимов А.А., Корихонов Д., Хайруллаев М.
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Инфицирование людей эхинококковой болезнью (ЭБ) происходит при потреблении яиц паразита, содержащихся в зараженных пищевых продуктах, воде или почве, или после прямого контакта с животными, являющимися хозяевами паразита. Животные выступают промежуточными хозяевами *Echinococcus* и заражаются при поглощении яиц паразита вместе с зараженной пищей и водой. Среди факторов риска инфицированности, в первую очередь, являются санитарно – гигиенические условия, нарушение питания и несоблюдение личной гигиены. Для питания эхинококковые кисты используют белки, жиры, витамины, микроэлементы организма хозяина и нарушают всасываемость витаминов. Личинки эхинококка живут за счет хозяина, питаясь извлекаемыми из него питательными веществами, микроэлементами и другими важными биологическими. В настоящее время проблемы сохранения и укрепления восстановительных сил организма у больных с ЭБ продолжают оставаться актуальными вопросами в клинической хирургии, кроме того показано, что 80% неблагоприятных факторов окружающей среды оказывает влияние на организм человека через пищевые продукты и воду. Основные задачи питания состоят в обеспечении энергией и пластическими веществами или любые отклонения от адекватных потребностей организма в пищевых веществах могут нанести существенный ущерб здоровью, привести к снижению сопротивляемости организма у больных ЭБ. Учитывая эти положения, мы поставили следующую цель исследования.

Цель исследования: изучить особенности питания больных с ЭБ как до, так и в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: в основу работы положены архивные данные и отчетные материалы за период 2014 года по 2019 годы Управления государственного санитарно – эпидемиологического надзора Андижанской области, карты эпидемиологического обследования, протоколы питания оперированных больных, а также истории болезни больных, находившихся в районных больницах и в хирургических клиниках АГМИ. Под наблюдением находились 147 больных, страдающих ЭБ. Возраст больных составил от 16 до 65 лет. Среди них мужчин было 47,3%, женщин 52,7%, городских жителей было 39,2% и сельских 60,8%. Для изучения особенностей питания оперированных больных с ЭБ мы использовали разработанную нами “Карту – анкету”, которая была направлена для оценки фактического питания. На основании результатов исследований “карт - анкет” оперированных больных с ЭБ тщательно анализированы особенности питания как в до -, так и в раннем послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение: проведено анкетирование 147 сельских и городских жителей, 55 оперированных больных по поводу ЭБ. При тщательном проведении опроса обращено внимание на то, что больные с ЭБ очень плохо ориентируются в вопросах значения рационального питания. Анализ ответов свидетельствовал о низкой информированности населения в причинах развития ЭБ, о необходимости и важности проведения личной гигиены при питании, а также при выполнении сельскохозяйственной работы и уходе за домашними животными. При изучении санитарно – гигиенических условий проживания 147 больных ЭБ установлено, что санитарно-гигиенические условия не соответствуют гигиеническим требованиям, кроме того из обследованных 3 - 4% населения пользовались привозной водой, 85% из водопровода и около 1% из открытых водоемов. Анкетирование больных с ЭБ выявило нарушение режима питания у 78% опрошенных. При опросе было выявлено, что 45% опрошенных больных питаются 3 раза в день, 50% 3 – 4 раза и 5% питаются 5 раз в день. Из общего числа обследованных горячую пищу принимают 1 раз в день 10% больных, 2 раза в день 85%, 3 раза в день 5% больных. Имело место нарушение при приготовлении блюд и несоблюдение гигиенических правил подготовки. При употреблении овощей, фруктов, зелени, земляники и клубники, также наблюдались нарушения в проведении личной профилактики. Из 147 обследованных 53 больных часто пользовались не кипяченой водой, употребляли сырое молоко, имело место нарушения при проведении личной профилактики перед едой, после сбора зелени и фруктов. Эти результаты исследования выявлены при опросе в дооперационном периоде. Проведенное исследование свидетельствует о том, что в развитии ЭБ у данной категории больных все же способствовали санитарно – гигиенические условия проживания, нарушение рационального питания и личной профилактики. Нами также проведено анкетирование 55 оперированных больных ЭБ. Анализированы протоколы питания оперированных больных ЭБ в послеоперационном периоде. Результаты исследования показали, что в целом в послеоперационном периоде в рационах питания выявлено недостаточное содержание белков, витаминов, макро – и микроэлементов, мясо, рыба, молочных продуктов, сырых фруктов и овощей. Таким образом, питание больных ЭБ в послеоперационном периоде являлось недостаточно рациональным и дефицитным, а это требует разработки системы мер по оптимизации питания у оперированных больных.

Заключение. Таким образом, анализ санитарных характеристик фактического питания выявил определенную взаимосвязь с распространением эхинококкоза. Низкая осведомленность населения о причинах развития ЭБ требует необходимости активной санитарно – просветительской работы по предупреждению распространения ЭБ. На наш взгляд, рост числа ЭБ также обусловлен нарушением гигиены питания и правилами личной профилактики. Питание больных как в до -, так и в послеоперационном периоде должно быть сбалансированным и качественным содержащим в достаточном количестве белков, липидов, минеральных веществ и витаминов, которые могут предотвратить послеоперационные осложнения. Исследования в этом направлении продолжаются и результаты будут сообщены в последующих наших научных публикациях.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ

*Шайхова Г.И., Касымов А.Л., Батабоев Ж.М., Касымов Н.А., Азимов А.А.,
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Эхинококковая болезнь (ЭБ) является паразитарной болезнью, вызываемой ленточным червем рода *Echinococcus*. Инфицирование людей происходит при потреблении яиц паразита, содержащихся в зараженных пищевых продуктах, воде или почве, или после прямого контакта с животными. Среди факторов риска инфицированности *Echinococcus granulosus* ведущими являются санитарно – гигиенические условия, перенаселенность жилой площадью, несоблюдение личной гигиены и нарушение питания. Для своего питания эхинококковые кисты используют белки, жиры, витамины, микроэлементы организма хозяина и нарушают всасываемость витаминов. Личинка эхинококка живет за счет хозяина, питаясь извлекаемыми из него питательными веществами, микроэлементами и другими важными биоэлементами. Между хозяином и паразитом развиваются защитно – приспособительные реакции, обеспечиваются обменные процессы. К развитию ЭБ ведущую роль следует отнести санитарно – гигиенические условия жизни, нарушение рационального питания и несоблюдение правил личной гигиены. В клинической хирургии до сих пор продолжают оставаться актуальными проблемы сохранения и укрепления восстановительных сил организма в послеоперационном периоде при паразитарных заболеваниях. Исходя из этих положений, мы в своей научно-исследовательской работе поставили следующую цель исследования.

Цель исследования: изучить гигиенические и клинические аспекты питания у больных эхинококковой болезнью.

Материалы и методы исследования: в основу работы положены архивные и отчетные материалы за период 2014 года по 2019 годы Управления государственного санитарно – эпидемиологического надзора Андижанской области, карт эпидемиологического обследования, а также истории болезни оперированных на базе кафедры хирургии в клинике АГМИ. Под наблюдением находились 147 больных, страдающих ЭБ. Возраст больных составлял от 16 до 65 лет. Среди них мужчин было 47,3%, женщин 52,7%, городских жителей было 39,2% и сельских 60,8%. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости по данным “Карт – Анкет” (вопросников) обследования больных, страдающих ЭБ, который был

направлен для раннего выявления и установления основных причин, факторов питания и изучения обстоятельств и условия, в которых возможно возникновение ЭБ. «Карта - анкета» (вопросник) заполнялась больными, страдающими ЭБ, и оперированными, которые отвечали на указанные вопросы, подчеркивая «да» или «нет» и нужное слово в тексте. На основании результатов исследований «карт – анкет» тщательно анализированы факторы питания, устанавливались пути передачи инвазии, такие как пищевой, водный.

Результаты исследования: Проведено анкетирование 147 сельских жителей, страдающих ЭБ, которые оперированы в хирургических районных больницах и в клинике АГМИ. Анализ ответов показал, что население слабо информировано о причинах возникновения и плохо осведомлено о мерах предупреждения ЭБ. При проведении опроса обращено внимание на то, что больные страдающие ЭБ, очень плохо ориентируются в вопросах рациональности и значимости гигиены питания. При изучении вопросов обстоятельства и условия, в которых возникновение болезни установлено, что из 147 обследованных больных 59 в домашних условиях содержат домашних животных и при этом не соблюдают правила личной гигиены, 135 больных систематически занимались сельскохозяйственными работами, однако не пользовались марлевыми масками, либо респираторами. При изучении санитарно – гигиенических условий проживания 147 больных, страдающих ЭБ, установлено, что 3 - 4% больных временами пользовались привозной водой, 85% из водопровода и 1% из открытого водоема. Анкетирование больных с ЭБ выявило нарушение режима питания у 78% опрошенных. При опросе было выявлено, что 45% опрошенных больных питаются 3 раза в день, 50% 3 – 4 раза и 5% питаются 5 раз в день. Из числа обследованных горячую пищу принимают 1 раз в день 10% больных, 2 раза в день 85% и 3 раза в день 5% больных. Имело место нарушение при приготовлении горячих блюд и несоблюдение правил подготовки. При употреблении овощей, фруктов, зелени, земляники и клубники также наблюдалось нарушение в проведении личной профилактики. Из 147 обследованных 53 больных часто пользовались некипяченой водой и употребляли сырое молоко, кроме того, имело место нарушение личной гигиены перед едой, после сбора зелени и фруктов. По результатам карт – анкет 45 не соблюдали правила ухода за домашними животными и своевременно не предотвращали фекальные загрязнения окружающей среды. Также имели место нарушения личной гигиены при сельскохозяйственных работах, а также после ухода за скотом и контактов с шерстью овец. По данным анкетного опроса в рационах питания выявлено недостаточное употребление мяса и мясных продуктов. Проведенные исследования выявили недостаточное употребление основных источников полноценных белков, витаминов, макро - и микроэлементов: мяса, рыбы, молочных продуктов, сырых фруктов и овощей.

Вывод. Таким образом, анализ факторов питания и хозяйственной деятельности населения выявил определенную связь между ними и распространением эхинококкоза. Рост числа больных обусловлен отсутствием мер профилактики и несоблюдением правил личной гигиены, а также при уходе за животными и выполнением сельскохозяйственной деятельности. Питание не рациональное, не выполняются суточные нормы питания. В связи с невысоким уровнем информированности населения необходимо проводить санитарно – просветительскую работу по предупреждению заболевания. Карта – анкета позволяет качественно оценить фактическое питание и целенаправленно составить план проведения профилактических и гигиенических мероприятий на всех этапах диагностики и лечения больных, страдающих данной патологией.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Шаринов И.Л.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самыми распространенными из опухолей кожи у детей являются гемангиомы. Это доброкачественные опухоли, развивающиеся из артериальных и венозных сосудов, а также их капилляров. Для данной группы опухолей часто характерен прогрессирующий рост. Они могут локализоваться на коже, в подкожной клетчатке, прорастать мышцы и фасции. В отличие от других доброкачественных опухолей, гемангиомы не имеют капсулы и могут, разрастаясь, повреждать окружающие ткани. В некоторых случаях рост таких опухолей приводит к возникновению неоправданного косметического дефекта. Располагаясь на конечностях, эти сосудистые опухоли могут нарушать их функцию. Именно поэтому необходимо раннее лечение гемангиом, диагностика которых в большинстве случаев является несложной.

Цель: представить особенности выбора анестезиологического пособия при хирургическом удалении гемангиом у детей разного возраста.

Материал и методы: Проведен анализ 36 анестезий у детей в возрасте от 2 до 14 лет (мальчиков 20 (55,5%), девочек 16 (44,4%)), подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу гемангиом нижних (15%) и верхних (5%) конечностей, головы (2%), лицевой области (6%), грудной области (4%), ягодичной области (4%). Больные были разделены на 3 группы: в 1 группе у 24 (66,6%) пациентов использовалась тотальная внутривенная анестезия (ТВА) кетамин 2-3 мг/кг/час с миоплегией аркуноном 0,04-0,053 мг/кг/час и переводом на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ). Во 2 группе у 6 (16,6%) больных (8-10 лет) осуществлялся только мониторинг гемодинамики и газообмена с внутривенным введением кетамина 4-5 мг/кг/час. В 3 группе 6 (16,6%) пациентам, выполнялись спинальная (СА)-1, эпидуральная (ЭА)-1 анестезии и аксилярная блокада плечевого сплетения -2 1-2-4% раствором лидокаина в возрастных дозировках. Интраоперационный стандартный мониторинг включал пульсоксиметрию, неинвазивное измерение АД, PS, ЧД с помощью монитора «UM-300 PACIENT MONITOR» (Германия).

Результаты: Предоперационная подготовка детей во всех случаях была стандартной и не отличалась от обычного. Премедикация у всех больных так же была общепринятой и включала кетамин 4-5 мг/кг внутримышечно. Выбор ТВА у 24 пациентов был обусловлен как локализацией гемангиом на лице, шее, так и состоянием психологического статуса у детей, а также длительности операции (148,0±22,5 мин), что позволило обеспечить адекватные условия для работы хирурга и гемодинамическую стабильность. У больных 2 группы с незначительными размерами гемангиом, ограниченной длительности операции методом выбора была потенцированная местная анестезия с мониторингом гемодинамики газообмена, которая позволила обеспечить стабильность и безопасность всего интраоперационного периода

продолжительностью 68,0±14,2 мин. Детям более старшего возраста 14 и 12 лет были успешно выполнены аксиллярные блокады и 1 больному 12 лет ЭА. 1 больному (14 лет) проведена СА 4% раствором лидокаина из расчёта 1,0 мг/кг.

Заклучение. Выбор анестезиологического пособия при удалении гемангиом у детей, обеспечивающий адекватную защиту от хирургического вмешательства должен проводиться с учётом локализации патологического процесса, возраста и психосоматического статуса с обязательным обеспечением стандартного мониторинга.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Шарипов Р. О.

Ташкентская медицинская академия

Среди различных осложнений заболеваний желчевыводящей системы одним из самых тяжелых по клиническому течению является механическая желтуха и гнойный холангит.

Наиболее остро и тяжело протекает механическая желтуха в сочетании с холангитом. Частота развития холангита при механической желтухе по данным разных авторов колеблется в пределах 23,6-96,8 %.

Цель исследования. Настоящим исследованием преследовалась цель оценить характер нарушения кровообращения во взаимосвязи с функциональным состоянием печени и эндогенной интоксикации у больных с патологией гепатобилиарного тракта, осложненного гнойным холангитом.

Материал и методы исследования.

Аналізу подвергнуты 60 больных желчекаменной болезнью, осложненной холестазом и холангитом, возраст больных от 46 до 76 лет, женщин – 47, мужчин – 13.

Изучали основные показатели центральной гемодинамики: ударного индекса, сердечного индекса, коэффициента резерва, коэффициента интегральной тоничности сосудов. У 34 больных исследовался печеночный кровоток методом тетраполярной реоэпатографии. Функциональное состояние печени оценивалось по степени холестаза, цитолиза, гепатоприивного и мезенхимально-воспалительного синдромов. Оценка эндогенной интоксикации проводилось по уровню концентрации молекул средних масс, парамецийный тесту и лейкоцитарному индексу интоксикации. У 38 больных с целью подготовки к операции произведено инструментальная декомпрессия желчевыводящих путей и интраоперационно произведены посевы желчи на определение вида возбудителя инфекции и чувствительности к антибиотикам.

Результаты и обсуждения. Изучение показателей центральной гемодинамики выявило 3 режима кровообращения: гиперкинетический, нормокинетический и гипокинетический. Указанные режимы кровообращения отмечены на фоне гиповолемии различной степени выраженности как в до-, так и в послеоперационном периоде. У 59% больных до операции отмечался гипокинетический режим кровообращения. У 35,1% - тип кровообращения укладывался в нормокинетический, только за счет значительной тахикардии, в результате чего сердечный индекс оставался в пределах нормальных значений. Гипердинамический режим кровообращения имел место у 5,9% больных, однако сохранность сердечного индекса достигалась за счет частоты сердечных сокращений при значительном повышении тонуса резистивных сосудов, что указывало на происходящую централизацию кровообращения. У больных с гипокинетическим режимом кровообращения ударный индекс и сердечный индекс были ниже токовых с нормокинетическим режимом в среднем на 20,6 и 18,8 %. Показатель коэффициента резерва, отражающий соотношение реального минутного объема кровообращения к должному, у данных группы больных свидетельствовал о возможном срыве компенсаторных реакций, особенно во время операции. Как ожидалось, степень, и характер нарушения кровообращения соответствовали тяжести интоксикации. В группе больных с гипокинетическим режимом кровообращения концентрация молекул средних масс и лейкоцитарного индекса интоксикации составили в среднем 0.402 ± 0.028 мкг/л и 9.8 ± 0.8 ед., соответственно, что указывало на крайне высокую эндотоксемию. Эти показатели превышали соответствующие значения у больных с нормокинетическим режимом на 28,4 % и 68,4 % соответственно.

Исследование показателей функции состояние печени у больных с механической желтухой осложненной гнойным холангитом указывали на грубые поражения ее систем (желчевыделение, кровообращения).

Важным диагностическим и прогностическим признаком течения заболевания на этапах хирургического лечения больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, а также критерием эффективности лечения были показатели печеночного кровотока. Ценность качественных и количественных показателей реоэпатографии, особенно отчетливо обнаруживалась в тех случаях, когда биохимические печеночные пробы не соответствовали степени повреждения печени – при диагностике скрытой печеночной недостаточности, при выявлении ранних реакций патологически измененной печени на сердечно-сосудистую недостаточность и другие патологические ситуации в послеоперационном периоде.

Анализ полученных результатов показал, что ведущими звеньями патогенеза гнойного холангита, определяющего тяжесть состояния больных, является эндогенная интоксикация вследствие бактериемии и холемии, печеночная недостаточность и нарушения системной гемодинамики. Причем нарушения кровообращения, являющиеся одной важнейших клинических манифестаций любого патологического состояния служили основой суждения о тяжести процесса, стадии развития гнойно-воспалительного заболевания желчевыводящих путей, а также основой принципа лечебной тактики на этапах хирургического лечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шарилов Р. О.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: оценить состояние системы кровообращения, в частности функциональных резервов миокарда и гемодинамики в предоперационном периоде у больных с желчекаменной болезнью.

Материал и методы: Анализу подвергнуты 56 больных: 13 мужчин, 43 женщин с желчекаменной болезнью, возраст от 32 до 72 лет. Центральную гемодинамику изучали с оценкой ударного индекса, сердечного индекса, частоты сердечных сокращений, коэффициент резерва, коэффициент дыхательных изменений, коэффициента интегральной тоничности.

По результатам исследования центральной гемодинамики, у 16 (28,6 %) больных отмечено гиперкинетический (1 группа), у 19 (33,9 %) – нормокинетический (2 группа) и у 21 (37,5 %) больных гипокинетический (3 группа) тип кровообращения.

Для оценки резервных возможностей сердечно-сосудистой системы и скрытых нарушений, исследование кровообращения проведено во всех 3 группах с нагрузочной пробой.

У больных 1 группы реакция кровообращения на стандартную физическую нагрузку рассматривалась как благоприятный, поскольку адекватность гемодинамики поддерживается оптимальным соотношением участия нейрогуморального звена регуляции кровообращения и сохраненных функциональных резервов миокарда. Через 3 мин. в подавляющем большинстве числа случаев отмечалась восстановление основных параметров центральной гемодинамики до исходных величин.

У 2 группы больных реакция кровообращения на нагрузку отметили следующее: показатель сердечного индекса несмотря на некоторое снижение ударного индекса, поддерживалось главным образом за счет прироста частоты сердечных сокращений в среднем на 11 % от величины покоя, т.е. имело место выраженная активация симпатического звена регуляции. У 3 больных после тестовой нагрузки отмечалось неполное восстановление исходных показателей центральной гемодинамики, что свидетельствовало о сниженных резервах и компенсаторных возможностей организма.

У больных с гипокинетическим типом кровообращения, реакция кровообращения на стандартную физическую нагрузку выразилась следующим образом. Ударный индекс снизился на 11 %, несмотря на тахикардию ($108 \pm 6,8$) сердечный индекс на 4 %, коэффициент резерва составил $0,86 \pm 0,06$, коэффициент интегральной тоничности практически оставался на уровне показателя в покое. Выше указанные показатели отчетливо свидетельствовали о явном отсутствии резервных возможностей миокарда, нерациональной реакции компенсаторных механизмов на стандартную физическую нагрузку и развивающейся гиподинамии. Не отмечалось должного восстановления показателей кровообращения и через 3 минуты после нагрузки, что особенно видели по сниженному коэффициенту резерва.

Исследования центральной гемодинамики в целом выявило скрытую недостаточность кровообращения у больных с желчекаменной болезнью.

СВЯЗЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ.

Шарипова П.А., Мирзаахмедова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Патологическая физиология – наука, изучающая функциональные изменения в больном организме и раскрывающая основные закономерности возникновения, механизмы развития и исходы болезни, разрабатывающие экспериментальные пути терапии. Патофизиология является связующим звеном между фундаментальными науками и клиническими дисциплинами. Для правильного понимания сущности болезней врачи должны применить теоретические знания и основные положения по патологической физиологии.

Патологическая физиология, занимая промежуточное положение в системе медицинского образования, изучает нозологию, типические патологические процессы, патофизиологию отдельных органов и систем. Именно частная патофизиология является тем самым мостиком между фундаментальной медициной и клиническими дисциплинами. Многие болезни у взрослых начинают формироваться на ранних стадиях развития организма. В связи с этим приобретает особую важность изучение особенностей патофизиологии развивающегося организма, изучение болезней новорожденных, детей разного возраста. Знание вопросов возрастной патофизиологии позволяет понять особенности течения и проявления болезни у детей, открывает пути направленного воздействия на его реактивные возможности и способствует устранению развивающегося патологического процесса.

Патофизиология, изучая изменения функций организма при определенных заболеваниях, не занимается их лечением, а описывает процессы, приводящие к появлению тех или иных симптомов и признаков.

Понимание изменений, которые происходят или произошли в больном организме, имеет большое значение для определения лечения и выхаживания пациентов. Понимание того, как развитие заболевания изменяет нормальные функциональные возможности на клеточном уровне, тканевом и органном уровне, помогает найти реальную причину, разработать патогенетические пути лечения.

Клиницисты, способные распознавать патофизиологические аспекты проявлений признаков и симптомов своих пациентов, знающие механизмы развития различных видов данного заболевания и их возможные исходы, смогут обеспечить рациональное использование лекарственной терапии, методов диагностики и предотвратить неблагоприятные исходы.

Знание основ общей и частной патофизиологии позволит повысить качество оказания соответствующей медицинской помощи.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПО ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Шарипова П. А., Шахабутдинов З.С.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель работы. Рассмотреть этические и исторические аспекты использования животных в экспериментах *in vivo* при обучении предмета патологическая физиология.

Современный уровень развития науки характеризуется значительными изменениями в технологическом оснащении медицинской практики, увеличилась потребность в экспериментировании, так как любые достижения медицинской науки нельзя применять на практике без обязательных предварительных испытаний на лабораторных животных.

Свыше 100 миллионов животных ежегодно используются в научных экспериментах по всему миру. Новые фармакологические препараты, медицинская техника, хирургические способы лечения проходят обязательное тестирование на безопасность для человека посредством постановки медико-биологических экспериментов и доклинических испытаний на лабораторных животных. Учебные задачи медицинских вузов включает освоение практических навыков, медицинских процедур, различных видов операций путем систематического выполнения студентами учебных и экспериментальных операций на лабораторных животных. Экспериментальное моделирование позволяет установить этиологию и основные закономерности патогенеза заболевания, а также изучать эффективность использования новых методов лечения.

Существует много исторических данных, как развитие медицины было во многом обусловлено экспериментированием на животных. Это открытие принципов кровообращения Уильямом Гарвей. Герхард Домагк обнаружил, что красный стрептоцид эффективен в отношении стрептококковой инфекции у экспериментальных животных, однако вне организма это вещество не активно. Луи Пастер сделал свои открытия в изучении инфекций и разработки вакцин благодаря экспериментированию на животных.

Использование экспериментальных животных для целей обучения признано необходимым, допускается и регламентируется статьями 25 и 26 «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и иных научных целях», заключенный в Страсбурге 18 марта 1986 года. Учебные эксперименты практических занятий по патофизиологии осуществляются на основе норм и принципов биоэтики, при гуманном отношении к животным. Для этой цели эксперименты проводятся под наблюдением преподавателя с применением, адекватного обезболивания. Непосредственные навыки и умения, полученные на экспериментальной основе, позволяет выпускнику медицинского вуза чувствовать себя увереннее и строить свои взаимоотношения с пациентами на более прочной психологической основе.

Важнейшим этапом эксперимента *in vivo* является выбор и подготовка животных к проведению эксперимента и оценка адекватности биомодели. Экспериментатор в свою очередь также испытывает значительную эмоциональную нагрузку ввиду сопереживания и сострадания к животному. Наряду с требованием обеспечения высокого качества учебного и научного процессов с одной стороны, с другой стороны подчеркивается необходимость соблюдения этических принципов и гуманного отношения к объектам исследования.

Заключение. Эксперимент на животных – необходимый источник расширения знаний и прогресса медицинской науки. Аудиовизуальные средства могут и должны использоваться в современном учебном процессе, но они лишь представляют в наглядной и яркой форме материал, полученный путем классических экспериментов. Правильно проводимые учебные эксперименты по патофизиологии и других медико-биологических дисциплинах повышают качество профессиональной подготовки врача.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Шарипова П.А., Жураева З.Р., Абдулазизов Т.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Высокая распространенность риносинусита среди всех возрастных категорий, особенно среди детей, обуславливает проблему выбора рациональной терапии и эффективной профилактики заболевания. Проблемы риносинуситов (РС) обусловлена и тем, что основные симптомы этого заболевания значительно отягощают общее состояние пациентов. Нарушение эвакуации патологического секрета из пазухи, нарушение вентиляции и связанные с этим явления гипоксии являются пусковым моментом к активизации сапрофитной флоры в пазухе и последующему изменению реологических свойств секрета и присоединению вторичной бактериальной флоры. Частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 35–37% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей.

Цель исследования. Изучение динамики развития клиноморфологических изменений при острых РС у детей.

Материалы и методы. Материалы и методы исследования. Клинический осмотр детей с РС. Эндоскопическое исследование (ЭИ) слизистых носовых ходов и околоносовых пазух (ОНП). Амбулаторное лечение пациентов с РС. Изучение динамики морфологической картины носовых ходов и ОНП у 30 больных с острым РС в возрасте 2-12 лет. Осмотр носовой полости с помощью риноскопа, уха отоскопом и визуализация зева и носоглотки. ЭИ носовой полости и ОНП у детей проводилось в стандартном режиме при помощи эндоскопа.

Результаты исследования. При обследовании у всех детей наблюдались признаки воспаления слизистой оболочки носа и ОНП, отек и инфильтрация. У 12 отмечалась обструкция естественных соустьев ОНП с нарушением их дренажно-вентиляционной функции, у 9 застой секрета, у 7 экссудация. У пациентов с гипертрофией аденоидов, отмечалось нарушение аэрации и газообмена в пазухах. У больных с явлениями аллергии процесс распространялся в более глубокие слои слизистой оболочки пазух и подслизистые ткани.

Выводы. Наличие явлений аллергии и гипертрофированных аденоидов предрасполагают к развитию РС и модифицируют его течение, способствуя хронизации процесса. Изучение морфологических изменений в слизистых носа и ОНП принципиально важно для выбора адекватной фармакотерапии. При сборе анамнеза у пациентов с РС, необходимо уделить особое внимание наличию аллергии, так как она является не только пусковым фактором, но и осложняет течение, придавая затяжной упорный характер с переходом в хронический процесс.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Шарипова П.А., Оганиязов Б.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Кариез – проблема эндоэкологии полости рта, результат сочетанного влияния множества причинных факторов (генетические, иммуннобиологические, гигиенические, алиментарные и т.д.). В настоящее время доказано, что кариез может возникнуть только при участии микроорганизмов. Препятствует прикреплению бактерий и механически их удаляет защитный барьер полости рта - секрет слюнных желез, бронхов, желудка, кишечника и др. Слюна действует бактерицидно, смывая микроорганизмы и за счет БАВ. Сочетанное действие факторов риска и антириска при кариезе является условием его развития при взаимодействии кариозогенных микроорганизмов с организмом человека.

Патогенез кариеза — разрушение эмали зуба под воздействием молочной кислоты, выделяемой бактериями. Распространенность его очень велика — больше 90% населения, включая детей, больны кариезом. Пораженные кариезом зубы создают хронический очаг инфекции в организме, который при неблагоприятных обстоятельствах может вызвать распространение возбудителя с током крови и поражение почек, сердечной мышцы, а также инфицировать зачатки постоянных зубов, расположенных под ними, и способствовать их разрушению. Кариез отрицательно влияет на дальнейшее пищеварение.

Цель исследования. По данным литературы и материалам клиники Ташкентского государственного стоматологического института, изучена роль гигиены полости рта как метод профилактики от кариеза.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ литературы и 31 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 4 до 57 года, леченных в поликлинике при ТГСИ по поводу кариеза в течение шести месяцев. Определялась методика и частота гигиенических мер обработки полости рта.

Результаты. Выявлена прямая связь между состоянием гигиены полости рта и заболеваниями зубной эмали. Бактерии обнаружены в эмали и дентине при кариозном поражении у всех больных. Выявлено, что использование зубных паст больными проводилось 1 раз в день обязательно у 80% наблюдаемых, 20% больных затрудняются с ответом. Не выявлен кариез лишь у 5% наблюдаемых. Дважды в день пользуются зубной пастой лишь 25%. Это создает условия для размножения микроорганизмов.

Выводы. Определено, что не соблюдение гигиены полости рта является одним из ведущих факторов при развитии кариеза. Высокая распространенность кариеза свидетельствует о том, что профилактика данного заболевания требует дальнейшего совершенствования работы медицинского персонала первичного звена. Так как, профилактика заболевания всегда легче, чем его лечение.

ЙЎҒОН ИЧАК ТЎЛИҚ ОЛИБ ТАШЛАНИШИ ОҚИБАТИДА МЕЪДАНИНГ МОТОР-ЭВАКУАТОР ФАОЛИЯТИНИНГ ДАВРИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ

Шерматов Р.М., Мелибоев Т.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Қўқон педагогика институти, Биология факультети

Йўғон ичак тўлиқ олиб ташланганидан сўнг меъда-ичак найининг қолган аъзоларида содир бўладиган мослашув жараёнлари унинг мотор-эвакуатор фаолиятининг ўзгаришларига ҳам узвий боғлиқдир. Адабиётлар тахлили шуни кўрсатадики, йўғон ичак тўлиқ ёки қисман олиб ташланганидан сўнг овқат ҳазм қилиш тизимининг қолган аъзоларида содир бўладиган мотор-эвакуатор ўзгаришлар турли фикрларга эга бўлганлиги сабабли йўғон ичак тўлиқ олиб ташланиши оқибатида меъданинг мотор-эвакуатор фаолиятининг даврий ўзгаришларини ўрганишни мақсад қилдик.

Тажрибалар учун 30 та дастлабки тана вазни 150-220 грамм бўлган наслсиз оқ эркак каламушлар олинди, улар 2 гуруҳга бўлинди:

I назорат гуруҳига олинган 6 та оқ каламушларнинг қорин бўшлиғи асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда эфир наркози остида очилиб, қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар кўздан кечирилди ва қайта тикиб қўйилди.

II гуруҳга олинган 24 та оқ каламушларни эфир наркози остида қорин бўшлиғи очилиб, Ayletta (1964) усулида йўғон ичакни тўлиқ олиб ташлаш операцияси амалга оширилди. Уларни операциядан кейинги 3, 15, 30 ва 60 кунларда рентгенологик тадқиқотлар учун ишлатилди ва меъдасининг мотор-эвакуатор фаолияти ўрганилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, операциядан кейин илк даврларда (3-15 кунлари) рентгеноконтраст моддани меъдадан 12 бармоқли ичкага ўтиши назорат гуруҳига нисбатан деярли тезлашган. Бу даврларда меъданинг эвакуа-мотор фаолияти гиперкинетик тип билан тавсифланади.

Меъда-ичак найи бўйлаб барий моддаси ўтишининг тезлашганлигини юзага келиш механизми, меъда-ичак найи мотор ритми ва тонусининг ўзаро боғлиқлигининг ўзгариши билан боғлиқдир.

Операциядан кейин 30 кунига келиб, рентгеноконтраст моддани меъдадан 12 бармоқли ичкага ўтишининг тезлашганлиги сақланган. 60 кунларга келиб эса меъда бўшлиғига барий моддаси юборилгандан сўнг 2 соат ўтиб меъда туби ва танаси яхши контрастланган, шиллик пардаси силликланган ва ёмон кантрастланганлиги аниқланди. Айрим

каламуслар меъдаси бўшлиғида рентгеноконтраст моддани 3-6 соат давомида сақланганлиги, бундан ташқари меъда ҳажмининг катталашганлиги кузатилди.

Шундай қилиб, бизнинг тажрибаларда олинган натижалар шуни кўрсатадики, операциядан кейинги эрта даврларда (3-30 кунлари) меъданинг эвакуа-мотор фаолияти тезлашади, кейинги даврларда (60 ва кейинги кунлари) секинлашади яъни йўғон ичак тўлиқ олиб ташлангандан сўнг меъданинг мотор-эвакуатор фаолияти тўлиқ меъёрига келмайди. Меъданинг эвакуа-мотор фаолиятининг секинлашганлиги яъни меъда катта эгрилигининг пастга чўзилиши ҳисобига, унинг бўшлиғининг янада катталашганлиги, ҳазм жараёнларининг яхшиланишига қаратилган мослашув жараёнларининг механизмини асосий омиллари бўлиб хизмат қилади.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИОГЛОБИНА ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Шерматов Р.М., Мелибоев Т.Т.

*Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
Кандидатской педагогической институт*

Нами проведено изучение клинической роли уровня миоглобина в гемоциркуляции для оценки состояния миокарда при острой внебольничной пневмонии. Специальные биохимические исследования – определение содержания миоглобина эритроцитов – осуществлялись у детей, больных острой внебольничной пневмонией, подтвержденной рентгенологически и клинические, в динамике: при поступлении в клинику, на 1-2-й день (начальный период) 3-5-й день (период разгара) болезни и в период выздоровления. Клинические наблюдения и исследования проводилось в двух группах детей раннего возраста (от 1 мес до 1 года) с неосложненным и осложненным течением острой внебольничной пневмонии. Контрольную группу составили здоровые дети.

Содержание миоглобина в плазме крови определяли по методу De Duve, основанному на различии спектров поглощения карбоксиформ миоглобина и гемоглобина. Содержание миоглобина выражали в граммах на 1 л. Применен корреляционно-регрессивный анализ коэффициента корреляции основных клинических признаков поражения сердечно-сосудистой системы и изучаемых биохимических показателей.

Выявлены следующие закономерности появления миоглобина в плазме крови детей с острой внебольничной пневмонией. При неосложненной форме острой внебольничной пневмонии миоглобин обнаруживался только в периоде разгара у 30 % больных в небольшом количестве, причем лишь у детей первых месяцев жизни. При внебольничной пневмонии, осложненной сердечно-сосудистой недостаточностью, он определялся уже в первые дни заболевания у 60 % больных, составляя в среднем $0,1 \pm 0,002$ г/л ($p < 0,005$). В начальном периоде этой формы внебольничной пневмонии уровень миоглобина был на 40% выше, чем период разгара неосложненной формы внебольничной пневмонии. В разгар острого периода внебольничной пневмонии отмечен самый высокий уровень миоглобина в плазме – $0,15 \pm 0,02$ г/л ($p < 0,001$), т. е. в 2 раза больше, чем в период разгара неосложненной формы заболевания. Миоглобинемия в этом периоде внебольничной пневмонии наблюдалась у 70 % детей. В период реконвалесценции уровень миоглобина был на 30 % ниже, чем в период разгара внебольничной пневмонии. Миоглобинемия в этом периоде отмечена у 40 % детей. Представленные данные свидетельствуют о том, что большая частота и степень выраженности миоглобинемии характерны для острой внебольничной пневмонии, осложненной сердечно-сосудистой недостаточностью. Это может быть обусловлено нарушением энергетического баланса в миокарде. Для подтверждения этого проведено количественное и гистохимическое исследования миоглобина в сердечной мышце у 4 больных пневмонией, закончившейся летально. При этом выявлено уменьшение содержания миоглобина в миокарде от $4,4 \times 10^3$ до $0,11 \times 10^3$ кг на 1 кг влажной ткани, т. е. вплоть до полного исчезновения. Гистохимический обнаружено нарушение локализации и распределения миоглобина в миокарде, при этом воспалительных изменений в миокарде не обнаружено. Это свидетельствовало о метаболических нарушениях в мышце сердца, обусловивших ее дистрофию, явившуюся для этих детей необратимой. При корреляционно-регрессионном анализе получена высокодостоверная обратная корреляция, указывающая на то, что уменьшение содержания миоглобина в миокарде вызывает его появление в плазме крови.

Исследования, проведенные со мной в динамике патологического процесса, позволили установить определенные изменения энергетического обмена эритроцитов в зависимости от формы пневмонии, ее тяжести и степени токсикоза. При этом обнаружен четкий параллелизм между выраженностью клинических проявлений, изменений функциональных и лабораторных показателей, нарушений функции сердца и степенью дезорганизации энергетических параметров. При среднетяжелой форме пневмонии наибольшие изменения этих показателей отмечены в период разгара, когда на высоте клинических проявлений болезни наблюдались выраженные функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы. Нарушения энергетического метаболизма при этой форме расценивались как компенсаторно-адаптационные. Отрицательные сдвиги в энергетическом обмене были выявлены при острой внебольничной пневмонии, протекавшей с выраженными нарушениями сердечно-сосудистой системы. Изменение энергетического потенциала в эритроцитах происходило на ранних этапах патологического процесса.

Таким образом, при клинически выраженной сердечно-сосудистой недостаточности у детей с острой внебольничной пневмонией миоглобин в крови обнаруживается чаще и в более значительном количестве: в начале заболевания у детей 60% детей, в разгаре острого периода у 70%, в периоде реконвалесценции у 40%.

ПОСТЭКСТРАКЦИОННАЯ АУГМЕНТАЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ЛУНОК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРЕФОКСЕНОТРАНСПЛАНТАТА

*Шадиев С.С., Мусурманов Ф.И., Усмонов Р.Ф.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Среди требований, предъявляемых к остеогенным средствам, наиболее важными являются способность оптимизировать процесс костеобразования и стимулировать репаративный остеогенез. Более перспективны в этом плане ксеноткани, заготовка которых обычно не сопряжена с этическими моментами или судебно-медицинской экспертизой, запасы их не ограничены.

Цель исследования. Изучить применение ксенотрансплантата для стимуляции остеогенеза при удалении зубов для последующей имплантации.

Материал и методы исследования. К исследованию были привлечены 22 пациента с хроническим периодонтитом.

В первую группу вошли 11 пациентов, которым после удаления зуба лунка оставлена под кровяным сгустком. Во вторую группу вошли 11 пациента, которым после удаления в лунке оставлена деминерализованная кость ягненка в виде щебенки. Результаты оценивались по клиническим и рентгенологическим признакам

Результаты исследования. При сравнении процесса заживления лунки под кровяным сгустком и при ее заполнении брефоксенотрансплантата установлено:

- развитие воспаления в месте удаления зуба отмечалось у 5,8% обследованных в контрольной группе и 3,8% - в основной (эти больные из дальнейшего наблюдения исключались);

- атрофия костной ткани альвеолярного гребня или частичное восстановление дефекта в области экстракции зуба по данным компьютерной томографии через 6 месяцев составляла $1,97 \pm 0,34$ мм в контрольной группе и выявлялась у 95,4% обследованных.

При заполнении костного дефекта щебенкой брефоксенотрансплантата атрофия костной ткани менее выражена ($0,44 \pm 0,20$ мм) и отмечалась только у 21,6% обследованных основной группы;

- КТ структура костной ткани перед имплантацией соответствовала в контрольной группе крупноячеистой трабекулярной кости, в большинстве наблюдений не происходило заполнение лунки костной тканью до вершины альвеолярного гребня, в ряде случаев была заметна граница регенерата и стенки альвеолярной лунки.

В основной группе ячеистость костной ткани была менее выражена, она выявлялась по всему объему альвеолярного дефекта практически без разграничения с окружающей костью, прослеживался ровный контур вершины альвеолярного гребня без снижения его уровня или с небольшой атрофией по гребню у 1/5 больных

- плотность костной ткани в области удаленного зуба достигала $612,1 \pm 44,3$ ед. шкалы Хаунсфилда в контрольной группе и $1210,7 \pm 62,1$ ед. - в основной;

При проведении морфологического исследования костного регенерата в зоне репарации лунки с использованием и без использования остеопластического материала (через 6 месяцев с момента удаления, при установке внутрикостных имплантатов) выявлена разница в зрелости регенерата. В биопсийных образцах костной ткани при формировании ложа имплантатов через 6 месяцев после удаления зуба в контрольной группе больных тонкие костные балки располагались хаотично, занимали половину объема регенерата, на их поверхности выявлены остеобласты.

Остальное пространство было выполнено фиброретикулярной стромой с включениями очагов кроветворения.

В основной группе выявлялся более значительный объем зрелых костных балок с их кальцификацией (до 70,0% объема регенерата), между балками сформированы костные перекладины; присутствовали остециты и единичные остеокласты. В костно-мозговых полостях, выполненных соединительной тканью, выявлялись кровеносные сосуды.

Выводы. Таким образом, в клинике отмечен эффект стимуляции процесса остеорегенерации в присутствии брефоксенотрансплантата в связи с большей интенсивностью образования костных структур, дифференцировки костных клеток и межклеточного вещества.

Установка внутрикостных дентальных имплантатов в костный регенерат через 6 месяцев после удаления зуба сопровождалось достаточной устойчивостью имплантатов независимо от использования при перестройки лунки остеопластического материала. При установке имплантатов их стабильность составляла $51,1 \pm 7,3$ в контрольной группе. В основной группе при использовании брефоксенотрансплантата стабильность имплантатов была достоверно выше - $57,4 \pm 8,3$. Через 3 месяца периода остеоинтеграции при их раскрытии все имплантаты были клинически неподвижны.

Не отмечено случаев развития воспаления в периимплантатных тканях в обеих группах обследования как на этапе непосредственно после установки имплантатов, так и в течение всего периода остеоинтеграции.

Однако, в контрольной группе выявлены 4 случая (8,5%) резорбции костной ткани в пришеечной части имплантата в среднем на $1,1 \pm 0,5$ мм.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Шофотихов А.Ф., Билалов Э.Н., Акбарова Д.С.
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность: Артериальная гипертензия у пациентов с глаукомой является одним из определяющих факторов параоперационного риска. Коррекция артериального давления в максимально короткие сроки перед оперативным лечением, является инновационным подходом при введении больных с глаукомой.

Цель исследования: изучение влияния периндоприла на снижение внутриглазного давления, на коррекцию артериального давления в максимально короткие сроки в дооперационной подготовке в хирургии глауком у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 25 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $69,2 \pm 5,7$ года), из них 16 женщин, 9 мужчин, с артериальной гипертензией, обратившихся в отделение глазных болезней многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, которым планировалось оперативное лечение глаукомы. Критерием для включения в исследование явилось наличие артериальной гипертензии II–III степени, отсутствие предыдущего лечения артериальной гипертензии (АГ), неэффективное лечение артериальной гипертензии (без достижения целевых уровней АД $<140/90$ мм рт. ст.). В качестве гипотензивных препаратов эти пациенты принимали эналаприл, метопролол, индапамид, нифедипин, амлодипин. Длительность гипертонического анамнеза составляла $9,7 \pm 6,3$ года. Из сопутствующих заболеваний зарегистрированы: стенокардия напряжения I–II функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов – 4 пациента (16%), ХСН I стадии – 7 пациентов (28%). На ЭКГ до начала лечения у всех пациентов регистрировался синусовый ритм со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) $85,3 \pm 7,12$ в минуту, у 7 пациентов наблюдались единичные суправентрикулярные экстрасистолы (СЭ). У всех пациентов были признаки гипертрофии левого желудочка, у 11 – с перегрузкой левых отделов сердца. Через 15 дней антигипертензивной терапии средняя ЧСС составила $81,2 \pm 6,02$ в минуту, единичные СЭ регистрировались у 7 пациентов, признаки перегрузки левых отделов сердца – у 6 больных. Через 5 дней после операции на ЭКГ было отмечено снижение средней ЧСС до $77,12 \pm 3,2$ в минуту, единичные СЭ были зафиксированы у 3 пациентов, признаки перегрузки левых отделов сердца – у 4 пациентов. Критерии исключения из исследования: хроническая сердечная недостаточность 2Б–3-й стадии, III–IV функциональный класс, тяжелые заболевания эндокринной системы, хроническая почечная и печеночная недостаточность, стенокардия III–IV функционального класса, нарушения ритма сердца, требующие приема антиаритмиков, инфаркт миокарда в анамнезе, симптоматическая артериальная гипертензия. Всем пациентам в течение 15 дней перед оперативным лечением и в течение 5 дней после операции измерялось АД по Короткову и проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). Внутриглазное давление (ВГД) определяли методом контактной тонометрии по Маклакову. Среднее АД (САД) рассчитывали по формуле Хикэма: $(САД - ДАД) / 3 + ДАД$, где САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД. После обследования все пациенты получали препарат периндоприл в дозе 4 мг в сутки. Эффективность терапии оценивали путем измерения АД и СМАД через 15 дней от начала лечения. В случае не достижения целевого уровня АД ($>140/90$ мм рт. ст.) дозу препарата увеличивали до 8 мг в сутки. Повторно антигипертензивную активность препарата анализировали на 20-й день лечения (через 5 дней после операции). Оперативное лечение открытоугольной глаукомы проводилось методом непроникающей глубокой склерэктомии. Длительность дооперационной подготовки – 15 дней. Длительность послеоперационного наблюдения – 5 дней.

Результаты: На фоне проведенной дооперационной антигипертензивной терапии (АГТ) через 15 дней от начала лечения отмечено достоверное ($p < 0,01$) улучшение показателей офисного АД (как САД, так и ДАД): снижение САД на $42,89 \pm 1,11$ мм рт. ст., ДАД – на $4,3 \pm 1,1$ мм рт. ст. В интраоперационном периоде было отмечено незначительное повышение АД: САД – на $7,79 \pm 1,9$ мм рт. ст., ДАД – на $2 \pm 0,71$ мм рт. ст. (по сравнению с дооперационным уровнем АД), что, по-видимому, связано со стрессом. После операции на фоне АГТ АД продолжало снижаться и через 5 дней составило: снижение САД – на $43,9 \pm 1,18$ мм рт. ст., снижение ДАД – на $8,19 \pm 4,1$ мм рт. ст. (по сравнению с исходным уровнем АД). По данным офисного измерения целевые уровни АД через 5 дней после операции достигнуты у 23 пациентов (92%). Показатели пульсового АД после лечения приблизились к нормальным значениям (пульсовое АД у здоровых равно $40 - 50$ мм рт. ст.). Динамика показателей СМАД на фоне лечения периндоприлом показала, что через 15 дней от начала лечения у больных достоверно снизились показатели СМАД. Среднее САД (САД ср.) за сутки снизилось на $19,8 \pm 3,6$ мм рт. ст., среднее ДАД (ДАД ср.) за сутки снизилось на $7,41 \pm 1,2$ мм рт. ст. Через 5 дней после операции показатели СМАД снизились по сравнению с исходными: САД ср. – на $26,7 \pm 3,79$ мм рт. ст., ДАД ср. – на $15,01 \pm 0,2$ мм рт. ст. Средняя частота сердечных сокращений за сутки снизилась с $82,8 \pm 1,24$ до $76,7 \pm 51$ ударов в минуту. Динамика показателей ВГД на фоне проведенного медикаментозного лечения (антиглаукоматозные препараты и периндоприл) через 15 дней ВГД снизилось на $3,02 \pm 3,59$ мм рт. ст. (по методу контактной тонометрии). Через 5 дней после оперативного лечения ВГД достоверно снизилось по данным контактной тонометрии на $15,12 \pm 0,18$ мм рт. ст.

В результате АГТ периндоприлом в параоперационном периоде лечения глаукомы произошло достоверное улучшение показателей как АД, так и СМАД. Было отмечено снижение уровня ВГД по сравнению с исходным через 15 дней после начала приема периндоприла и антиглаукоматозных препаратов (холиномиметиков, бета-адреноблокаторы, простагландинов) через 5 дней после операции. О влиянии периндоприла на снижение уровня ВГД достоверно судить не представляется возможным, однако в настоящее время имеются работы, в которых отмечено влияние местного применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на снижение внутриглазного давления. Через 15 дней приема 4 мг периндоприла целевой уровень АД было отмечено у 16 человек, у 9 пациентов САД снизилось до $160,2 \pm 5,8$ мм рт. ст., ДАД – до $90,11 \pm 0,12$ мм рт. ст. Этой группе пациентов потребовалось увеличение дозы периндоприла до 8 мг в сутки. Через 5 дней после операции целевые уровни АД зарегистрированы у 23 человек (92%), из которых 4 мг препарата получали 16 пациентов (78,3%), 8 мг – 7 пациентов (21,7%). У 2 пациентов на фоне лечения АД снизилось до $166,5$ мм рт. ст. САД и $90,5$ мм рт. ст. – ДАД, но не достигло целевого уровня. Для достижения целевого АД в дальнейшем этим пациентам было назначено комбинированная антигипертензивная терапия. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения глаукомы сосудистые осложнения (кровоизлияния, отслойка сосудистой оболочки и др.), связанные с АГ, не наблюдались.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что параоперационная коррекция артериального давления у пациентов с глаукомой и сопутствующей артериальной гипертензией периндоприлом позволила достичь оптимальных цифр АД, снизить уровень ВГД и тем самым избежать как операционных, так и послеоперационных осложнений, таких как гемофтальм, гифема, гемморрагическая отслойка хориоидеи, гипертонический криз, острые нарушения мозгового кровообращения и т. д., а также улучшить послеоперационный прогноз. Полученные данные согласуются с результатами других исследователей и свидетельствуют об антигипертензивной эффективности периндоприла у больных с АГ, а также о способности препарата в относительно короткие сроки достичь целевого уровня АД, что позволяет применять её при предоперационной подготовке глаукомы у пациентов с АГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

*Эгамов Б.Т., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Авазов А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Острый аппендицит наиболее часто встречающееся острое хирургическое заболевание брюшной полости. Аппендэктомии в хирургических стационарах составляют 30% и более от всех производимых операций (А.М. Хаджибаев с соавт., 2005; Ш.И. Каримов с соавт., 2011), а послеоперационная летальность составляет до 0,2-0,3% (А.С. Ермолов с соавт., 2005; А.Ф. Багненко с соавт., 2012). Основными источниками являются запоздалые операции, и в этом вся суть проблемы.

Цель. Улучшить и оптимизировать диагностику и лечение острого аппендицита эндохирургическим способом.

Материалы и методы. Лапароскопические вмешательства выполнены у 105 больных с подозрением на острый аппендицит. Мужчин было 61 (58,1%), женщин - 44 (41,9%). Больные были в возрасте от 17 до 80 лет. Средний возраст составил $31,4 \pm 8,1$ лет. У 68 (64,76%) больных установлен деструктивный аппендицит. Из них, у 11 (16,17%) больных был гангренозный или гангренозно-перфоративный аппендицит, в 7 (10,29%) случаях осложненный местным или диффузным гнойным перитонитом, а в 4 (5,88%) рыхлым периаппендикулярным инфильтратом. В 6 (5,71%) случаях отросток располагался ретроцекально и ретроперитонеально. Всем больным острым аппендицитом выполнена лапароскопическая аппендэктомия. При наличии местного или диффузного перитонита выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Результаты. Особенностью аппендэктомии в клинике является обязательное погружение культи червеобразного отростка интракорпоральным кисетным швом. При явлениях тифлита культи погружалась узловыми швами. Подобная тактика диктуется необходимостью соблюдения канонов «открытой» хирургии при лапароскопических вмешательствах. Это позволило избежать нередких при использовании традиционной лигатурной лапароскопической аппендэктомии инфильтратов в области не погруженной культи аппендикса. Мы не используем для пересечения брыжейки и основания отростка механические сшивающие аппараты, считая это неоправданным удорожанием операции. Мы также не являемся сторонниками аппендэктомии при неизменном «катаральном» аппендиците считая, что необходима тщательная интраоперационная ревизия. При отсутствии видимой патологии проводим полное послеоперационное обследование с целью выявления истинной причины заболевания. Неизменный червеобразный отросток был обнаружен в 7 (6,6%) случаях. Из них, в 2 случаях обнаружена апоплексия правого яичника - патология корригирована лапароскопически. У 2 больных обнаружен терминальный илеит. У 1 больного обнаружен дивертикул Меккеля с выраженными явлениями дивертикулита. Выполнено отсечение дивертикула. В одном случае выявлена опухоль слепой кишки без признаков воспаления и кишечной непроходимости. Операция закончена диагностической лапароскопией, дренированием брюшной полости. У одной больной при тщательной ревизии брюшной полости патологии не выявлено. Операция закончена диагностической лапароскопией. При обследовании в послеоперационном периоде выявлена мочекаменная болезнь, коралловидный камень правой почки, пиелонефроз справа, желчнокаменная болезнь.

Заключение. Основываясь на собственном опыте, считаем, что любая операция при подозрении на острый аппендицит должна начинаться с диагностической лапароскопии, которая при подтверждении диагноза должна перейти в лечебную. Локализация отростка, выраженность деструкции, наличие перитонита, при хорошо оснащенной и квалифицированной хирургической службе лечебного учреждения, не являются противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

*Эгамов Б.Т., Мустафакулов И.Б., Мизамов Ф.О., Тагаев К.Р.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Цель исследования. Изучить диагностические и лечебные возможности видеолaparоскопии при послеоперационном перитоните.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения больных с послеоперационным перитонитом (ПОП), которые были оперированы у нас по поводу различных urgentных заболеваний органов брюшной полости. За последние 2 года (2017-2019 гг.) мы наблюдали 27 больных с ПОП. Мужчин было 19, женщин - 8. Возраст больных колебался от 20 до 84 лет. С целью диагностики и определения дальнейшей тактики лечения у 8 больных с ПОП была применена видеолaparоскопия. При подозрении на возникновение послеоперационных осложнений лапароскопию проводили в случаях, когда было подозрение катастрофы со стороны органов брюшной полости.

До операции всем больным с ПОП выполнена обзорная рентгеноскопия и УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. Местный ПОП имел место у 2 (25,0%) больных, диффузный - у 5 (62,5%) больных, разлитой - у 1 (12,5%) больного. Источником перитонита у 1 больной явился продолжающийся перитонит после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки, у 1 - прорыв поддиафрагмального абсцесса в брюшную полость, сформировавшегося после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки. У 2 больных - продолжающийся аппендикулярный перитонит, у 3 больных - желчный перитонит на почве несостоятельности культи пузырного протока, а у 1 пациента - асцит-перитонит, развившийся после операции. После выполненных операций на органах брюшной полости тревожными признаками считали: плохой сон, ощущение нехватки воздуха, тошноту, вздутие и распирание в области живота, усиление чувства общей слабости, раздражительность, озноб, нарастающую жажду и др. Сухость во рту, сухой язык выявили у 25 больных с ПОП, в 4 наблюдениях язык был покрыт грязным сухим налетом. У 25 больных в начальной стадии ПОП отмечали

тахикардию. У 20 из них тахикардия некоторое время была единственным симптомом ПОП и не сопровождалась другими объективными данными, позволявшими предположить наличие несостоятельности швов. Лишь через 1-2 суток наряду с тахикардией выявились симптомы, характерные для перитонита. Снижение артериального давления наблюдали у 5 больных, находящихся в терминальной стадии разлитого ПОП.

Выявлению локальной болезненности в соответствующей области «катастрофы» в брюшной полости придавали особое значение в диагностике ПОП. При этом учитывали возраст больного и степень реактивности организма, конституциональный тип, характер операции, ее травматичность, применявшиеся после операции обезболивающие препараты, спазмолитики и т.д. После релапаротомии умерли 3 (11,1%) больных.

Выводы. Своевременная диагностика ПОП и сегодня представляет определенные трудности, так как жалобы больных и выявляемые симптомы ПОП в той или иной степени характерны для течения послеоперационного периода. Преимуществами эндоскопического метода операции при ПОП перед традиционным является более точное определение распространенности перитонита на этапе диагностики, малая травматичность вмешательства, включая этап санации брюшной полости.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А.
Андижанский государственный медицинский институт¹
Бухарский государственный медицинский институт²*

На сегодняшний день проблема лечения воспалительных заболеваний кишечника, в том числе и неспецифического язвенного колита (НЯК) является актуальной, так как по данным международного комитета исследований, заболеваемость НЯК в последние годы имеет тенденцию к неуклонному росту во всех странах.

Пик заболеваемости НЯК приходится на возрастную группу от 20 до 40 лет, являющуюся максимально активной в социальном отношении.

Цель исследования. Ретроспективно оценить результаты консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов консервативного и оперативного методов лечения больных с НЯК, находившихся в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2009 по 2019 годы. Все пациенты (n=876) были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, получавшие консервативное лечение (n=743), а во вторую – пациенты, которым произведена операция (n=133).

Все пациенты, находившиеся на стационарном лечении, распределены по полу и возрасту, что и показывает, что наибольшее количество больных было трудоспособного возраста, с незначительным процентом преобладали женщины.

При поступлении в стационар и выписке все больные обследовались по единой программе, включающей клинично-эндоскопические, рентгенологические, морфологические, микробиологические и лабораторные исследования в стационарном общеклиническом объеме. После предварительной подготовки эндоскопические исследования выполняли фиброколоноскопом АОНУА VLS 150-1.

После установления диагноза и общего состояния, все пациенты находившиеся в первой группе (n=743) получали консервативное лечение, которое состояло в основном из следующих групп препаратов: препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин (5-АСК)), кортикостероиды, иммуносупрессоры, фолиевую кислоту, витамины группы В, а также симптоматические средства (спазмолитики - папаверин, дротаверин, платифиллин; лоперамид; метоклопрамид; витамин К, этамзилат, транексам) и пробиотики (линекс, хилак-форте).

Лечение проводилось на фоне диетотерапии с исключением молочных продуктов, свежих фруктов, овощей, консервов и сбалансированного в рационе содержания белков, жиров, углеводов и витаминов. Питание больных было дробным, до 4-5 раз в сутки, а пища - механически и химически щадящей.

Бесперспективность консервативного лечения являлась показанием к оперативному лечению больных, которых мы включили во вторую группу (n=133). Этим больным произведены операции: в 48 случаях левосторонняя и в 4 случаях правосторонняя гемиколэктомия, субтотальная колэктомия выполнена у 25 и тотальная колэктомия у 19 больных, остальные 37 операций были прочие (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы).

Всех оперированных больных, кроме прочих операций (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы), при изучении истории болезни разделили на две группы: в основную группу вошли больные (n=54), которым в послеоперационном периоде в комплексное лечение добавлена эндомезентериальная лимфатическая терапия, контрольную группу составили больные (n=43), лечившиеся традиционным методом.

Результаты ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара показывают, что в 52,9% случаев приходится на возрастную группу от 17 до 43 лет, являющуюся максимально активной в социальном отношении. Эти наши данные почти не отклоняются от литературных данных многих мировых авторов. Хотя консервативная терапия является основой лечения НЯК, оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений у 10-20% пациентов. С удлинением хронически продолжающийся процесс усугубляет состояние больных, и в итоге в большинстве случаев приводит к осложнениям вплоть до угрозы жизни больного.

Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто малигнизируется в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 5 больных, которые в анамнезе страдали НЯК около 10 лет и более.

Среди оперированных больных в 2 случаях наблюдался летальный исход, причиной тому было тяжелое состояние больных, обусловленное соматическими сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы тяжелой степени и на фоне тяжелой степени язвенного кровотечения с кахексией.

Таким образом, основываясь на результаты ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита можно делать выводы, что в самом деле это заболевание часто встречается в молодом трудоспособном возрасте, являющимся максимально активным в социальном отношении.

Длительное, часто повторяющееся консервативное лечение может способствовать осложнившейся форме НЯК, угрожающей жизни больного. Мы предлагаем и поддерживаем индивидуальный подход к каждому пациенту по отношению к оперативному лечению НЯК. Своевременно выполненные оперативные вмешательства позволят снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни больного.

СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Эгамов Ю. С., Умурзаков С.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Хронический колостаз (ХК) - это интегральный комплекс различных симптомов, связанных с нарушением регулярности процесса околосуточного ритма опорожнения толстой кишки и длительной задержкой содержимого в каком-либо ее сегменте или замедленным транзитом содержимого по всей толстой кишке, вследствие нарушения ее моторно-эвакуаторной функции. ХК является одной из частых причин кологенных запоров. По данным литературы [Карпунин О.Ю., Коломенский С.Н., 2009; Wald A., Scarpignato C., 2008], ХК страдают около 37-48% взрослого трудоспособного населения индустриально развитых стран мира, а заболеваемость среди больных старше 60 лет достигает до 60%, что свидетельствует не только о важной медико-социальной, но и геронтологической значимости проблемы.

Большинство авторов [Мехдиев Д.И., Тимербулатов В.М., 2000; Воробей А.В., Гришин И.Н., 2002] выделяют три степени (формы) ХК: 1) компенсированная - имеется задержка стула до 3 дней, боли в животе возникают редко; 2) субкомпенсированная - задержка стула от 3 до 7 дней, боли в животе, наличие отдельных внекишечных проявлений заболевания;

3) декомпенсированная - задержка стула свыше 7 дней, боли в животе с многочисленными внекишечными проявлениями, аутоинтоксикацией, длительной потерей трудоспособности.

Вопрос о выборе рационального метода лечебной тактики у больных с ХК до настоящего времени остается дискуссионным. Это объясняется тем, что до сих пор не разработаны единая стратегия и тактика лечения ХК, не обоснованы четкие клинические критерии и аргументированные показания к хирургическому лечению, а также выбор объема оперативного вмешательства, хотя история хирургического лечения ХК берет свое начало еще с XX в. [Lane W.A., 1911].

При консервативном лечении неудовлетворительные результаты наблюдаются в 20-30%, а частота рецидивов заболевания после хирургического лечения достигает 35-45,9%. Большинство авторов [Тимербулатов В.М., Каланов Р.Г., 2002; Hsiao K. C., Jao S. W., 2008] считают, что критериями для определения показаний к хирургическому лечению ХК являются: 1) суб- и декомпенсированные формы, обусловленные клинически и рентгенологически установленными аномалиями развития ободочной кишки; 2) отсутствие самостоятельного стула и безуспешность комплексной консервативной терапии; 3) выраженный и неукротимый абдоминальный болевой синдром; 4) синдром прогрессирующей хронической эндогенной интоксикации; 5) частые толстокишечной непроходимости; 6) наличие сопутствующих заболеваний, обусловленных ХК.

Ими на основании опыта лечения 167 больных с хроническим толстокишечным стазом сформулированы следующие показания к хирургическому лечению ХК: 1) безуспешность консервативной терапии, проводимой в течение не менее 6 месяцев у больных, страдающих субкомпенсированным и декомпенсированным колостазом более 3 лет; 2) увеличение выраженности явлений частичной кишечной непроходимости на фоне консервативной терапии; 3) прогрессирующее ухудшение общего состояния и качества жизни больного; 4) выявление патологических изменений ободочной кишки.

В клинике Андижанского государственного медицинского института в колопроктологическом отделении в последние 15 лет находились на стационарном лечении 317 больных хроническим колостазом. По нашим данным хронический колостаз чаще встречается до 30-50 летнего возраста, особенно у женщин.

При тяжелом, изнурительном хроническом колостазе у пациентов среднего возраста оперативное лечение обеспечивает устранение запора, значительно улучшает качество жизни больных.

Из этих больных хирургическое лечение проводили 125 (39,4%) больным с колостазом различного типа. Из них: мужчин 46 (37,3%), женщин - 79 (66,7%). У 115 (92,0%) больных произведена одностаянная операция с наложением колоректоанастомоз. Остальным 10 (8,0%) произведены восстановительные операции через 5-11 месяцев.

Альтернативой вариантам хирургической тактики при ХК являются субтотальная и тотальная колэктомия, отличающиеся хорошими непосредственными и отдаленными функциональными результатами.

При операции колостазы обратили внимание на эффективность эндомезентериального введения раствора новокаина в брыжейку кишки. Перед завершением операции в брыжейку кишки устанавливали тонкий микроирригатор для лимфатической терапии. Лимфатическая терапия заключалась введением лимфастимуляторов и антибиотиков, сразу же после операции. Эффективность лимфатропной терапии оценивали по срокам восстановления перистальтики кишечника, отхождения газов и уменьшения выделяемого желудочного сока через зонд.

Таким образом, проблема хронического толстокишечного стаза будет решена при выработке адекватной тактики лечения, в том числе, хирургического.

Комплексная эндомезентериальная терапия в послеоперационном периоде дает достоверное снижение послеоперационных осложнений и снижает пребывание больных в стационаре.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*Эгамова М.Т., Усманходжаева А.А., Матмуродов Р.Ж.
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Детский церебральный паралич занимает первое место в структуре детской инвалидности. Успешность реабилитации требует своевременной диагностики и оптимизированной организации лечебного процесса начинающего с первых лет жизни.

Цель работы. Оптимизировать терапию и физическую реабилитацию детей с церебральным параличом

Материал и методы исследования. Обследовано 50 больных (21 дев и 29 мал) в возрасте от 7-10 лет. Средний возраст составил 8,2 лет. В исследование не были включены больные, которым было противопоказано или ограничено проведение физиотерапевтических и реабилитационных процедур.

Обе группы получили стандартную терапию (медикаментозная терапия, тепловые процедуры (парафинотерапия), ультразвук терапия, лекарственный электрофорез, электростимуляцию, массаж ручной) в клинических условиях. После выписки из стационара дети с матерей продолжали лечебную гимнастику в домашних условиях. Дети с матерей сделали упражнения для укрепления мышц конечности. В урок лечебной гимнастики включали общеукрепляющие специальные упражнения (прокатывании, метании мячей) А также применялись силовые тренажеры, пешие прогулки. Помимо этого дети регулярно ходили с матерями в поликлинику, чтобы получить мануальную терапию и иглоукалывание.

Результаты. После проведенного курса лечения клинические исследования в основной группе показали: увеличилась сила мышц; возросла длительность удержания равновесия; снизилась спастичность мышц нижних конечностей, увеличение объема активных движений в коленных и голеностопных суставах. Данное исследование показало, что применение продолжительной лечебной физкультуры, мануальной терапии, иглоукалывания улучшит состояние ребенка уже после пара месяцев ЛФК.

Вывод. Оптимизировать физическую реабилитацию детям с церебральным параличом с применением ЛФК, физиотерапии и иглотерапии длительное время, что улучшит эффективность лечения и самообслуживание ребенка.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМАХ

*Элмуродов Г.К., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А., Умедов Х.А.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Травматические забрюшинные кровоизлияния наиболее часто возникают при переломах костей таза, особенно его заднего полукольца, и встречается от 7,4 до 27% (В.С. Гостев, 1971). Они также возникают при переломах нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, а также при повреждениях органов и сосудов забрюшинного пространства (А.Н. Смоляр, с соавт., 2011; А.Н. Тулупов, 2015; А.М. Хаджибаев, с соавт., 2016; И.Б. Мустафакулов с соавт., 2018).

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и определить тактику лечения забрюшинных гематом при травмах органов живота.

Материалы и методы. В 2009-2019 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП оперировано 2329 пострадавших с закрытыми (1389 пациентов) и открытыми (940 больных) травмами живота. Повреждения внутрибрюшинных органов сочетались с забрюшинными гематомами и травмами забрюшинных органов у 185 больных (у 101 при закрытых травмах, у 84 при открытых ранениях).

Результаты. При ультразвуковом исследовании, выполненном при поступлении 45 больным, свободная жидкость в брюшной полости обнаружена у 37 при 3 ложноотрицательных и 5 ложноположительных результатах. Забрюшинная клетчатка и органы брюшной полости и забрюшинного пространства осмотрены у 34 из 45 пострадавших. Забрюшинная гематома (ЗГ) визуализирована только у 6 (13,3%), во всех наблюдаемых это были паранефральные ЗГ. Обнаружить паравазальные ЗГ не удалось ни разу. Чувствительность УЗИ в выявлении ЗГ оказалась невысокой (15,1%).

Как показали наши наблюдения, клиника забрюшинной гематомы зависит от количества излившейся крови и характера повреждения костей и внутренних органов. При небольших гематомах (у 17 больных) на первое место выступают симптомы поражения внутренних органов, при больших – картина шока, внутреннего кровотечения, симптомы раздражения брюшины и парез кишечника (у 85). Истинная причина тяжелого состояния пострадавших иногда остается длительное время (до 48-72 ч) нераспознанной и нередко приводит к неоправданному оперативному вмешательству (у 11).

Из 908 наблюдаемых нами пострадавших с сочетанной травмой живота мы провели анализ течения и исходов ЗГ у 125 (13,8%) пациентов. У подавляющего большинства больных причиной забрюшинного кровоизлияния были переломы костей таза (у 80), значительно реже повреждения позвоночника (у 21), почек (у 19), крупных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства (у 5). При колото-резанных ранениях массивные ЗГ были верифицированы у 46 раненых. Мы наблюдали 22 пострадавших с разрывами забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки с одновременным повреждением поджелудочной железы (у 15), печени (у 5) и тонкой кишки и брыжейки (у 17). Эти травмы отличались наибольшей тяжестью, множественными разрывами кишечника, брыжейки, других органов, сопровождались костными повреждениями (таза, конечности, черепа, позвоночника).

В трудных 9 клинических случаях мы проводили диагностическую лапароскопию, что позволила избежать диагностических ошибок, распознать разрыв печени (у 5 больных) и селезенки (у 4 пациентов) и своевременно выполнить операцию.

Выводы. Из 1185 оперированных больных по поводу травм органов брюшной полости умерли 101 (8,5%), а из 185 пострадавших с множественными повреждениями внутри- и забрюшинных органов, сопровождавшимся ретроперитонеальными гематомами, умерли 42 (22,7%).

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КАТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Эргашев Х.М., Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаева К.Х., Қудратова Д.Я.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность: Острые нарушения мозгового кровообращения, несмотря на значительные усилия, направляемые обществом на борьбу с ними, по-прежнему остаются одной из важнейших медико-социальных проблем. По мере старения населения, инсульт стал одной из главных причин смертности и основной причиной тяжелой инвалидизации больных в большинстве развитых стран мира. Недостаток питания в соответствии с определением ВОЗ – это нарушение баланса между потребностью организма и удовлетворением этой потребности в питательных веществах и субстратах, необходимых для выработки энергии, направленной на обеспечение роста и сохранности организма, обеспечения выполнения органами и клетками специальных функций. Одним из фундаментальных направлений в интенсивной терапии критических состояний является коррекция метаболических расстройств и адекватное обеспечение потребностей организма в источниках энергии и белка. На настоящем этапе развития медицины ранняя адекватная нутритивная поддержка является наиболее эффективным методом предупреждения и коррекции расстройств белкового и энергетического обмена критических состояний. С учетом принципиальной роли кишечной трубки для патофизиологии системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности именно энтеральный способ доставки нутриентов показан у пациентов с дисфункцией важнейших систем жизнеобеспечения.

Цель исследования: Разработать и внедрить стандарты нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на этапе интенсивной терапии в Республике Узбекистан.

Задачи исследования:

1. На основании изучения химического состава, пищевой и белково-энергетической ценности осуществить подбор нутритивных препаратов у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения во время проведения интенсивной терапии;
2. Обосновать применение отдельных нутритивных препаратов, их комбинаций, используемых для направленной коррекции белково-энергетической недостаточности у больных с ОНМК на этапе интенсивной терапии.
3. Разработать комплекс мероприятий, направленных на реализацию технологии метаболического мониторинга у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на этапе интенсивной терапии.
4. Установить сроки начала нутритивной поддержки у больных с инсультом, влияние на степень развития эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.
5. Исследовать закономерности развития синдрома белково-энергетической недостаточности, в прогрессировании дыхательной дисфункции.
6. Разработать наиболее эффективные схемы раннего энтерального питания в комплексе с интенсивной терапией больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
7. Разработать стандарты нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на этапе интенсивной терапии.

Материал и методы исследования: Провести анализ комплексного клинико-лабораторного обследования 150 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, репрезентативно сопоставимых по возрасту, антропометрическим данным, характеру основной и сопутствующей патологии и т.д. Обследования проводить по единому плану, который, предусматривает всестороннее клиническое, лабораторное и инструментальное обследование при поступлении в стационар, до и после проведения нутритивной поддержки. Клиническое обследование включает возраст пациента, жалобы, анамнез заболевания, срок госпитализации, сопутствующие заболевания, осложнения и физикальные данные. Определение толщины кожной складки над трехглавой мышцей плеча, окружность мышц средней трети плеча, сила мышц. Микроанализ состояния питания (Mini Nutritional Assessment). Показатель риска питания (Nutritional Risk Score). Индекс риска недостатка питания (Nutritional Risk Index). Универсальный скрининговый инструмент выявления недостатка питания (MUST). Оценка нутритивного статуса по шкале NRS 2002. Оценка выраженности дисфагии. Определение суточной потребности в ккал, с помощью метаболографа компании «Тритон».

Результаты исследования:

Метаболический мониторинг и нейротрофические осложнения у больных с острой церебральной недостаточностью. Пневмония выявлена эмпирически у 30% (12) (N=36) больных, при этом метаболический мониторинг равнялся 8,98% (7) (N=74). Пролежни появились эмпирически у 27% (11) (N=36) больных, при этом метаболический мониторинг равнялся 13,0% (10) (N=74). ($p < 0.01$).

Как видно из приведенных результатов, применение метаболического мониторинга привело к снижению нейротрофических и инфекционных осложнений у больных с острой церебральной недостаточностью.

Выводы:

1. Применение стандартных протоколов ранней адекватной нутритивной поддержки у больных в критических состояниях, осложнившихся развитием метаболической дисфункции, позволяет уменьшить койко-день больных в отделении реанимации и интенсивной терапии, стационаре, снизить затраты на препараты крови, антибиотики, уменьшить частоту инфекционных осложнений.
2. Сочетание неблагоприятных эффектов БЭН и неадекватной НП у пациентов в критическом состоянии потенциально опасно увеличением сроков ИВЛ и продолжительности пребывания в ОРИТ.
3. Вследствие воздействия разнонаправленных факторов оптимальный суточный калораж пациентов на ИВЛ находится в узком терапевтическом диапазоне, что диктует необходимость внедрения в повседневную практику метаболического мониторинга методов измерения энергопотребности у данной группы больных.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Эргашев Х.М., Абдуллаев А.С., Собиров М.С., Абдуллаева К.Х., Қудратова Д.Я.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Введение. Хирургическая тактика лечения атеросклеротического поражения внутренних сонных артерий (ВСА) направлена, прежде всего, на сокращение частоты возникновения грубого очагового поражения головного мозга. Однако сама каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) сопряжена с риском послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД), которая является важной проблемой раннего послеоперационного периода.

Цель работы: Данное исследование было проведено с целью изучения нейрокогнитивных и психо-эмоциональных изменений у пациентов после КЭАЭ, а также для определения корреляции этих изменений с исходным уровнем перфузии головного мозга.

Материалы и методы. В исследование было включено 66 пациентов с гемодинамически значимыми, бессимптомными стенозами ВСА. Для диагностики когнитивных функций использовали тест «Информация—память—концентрация внимания» (Information– Memory – Concentration Test (IMCT), Мини-исследование психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE), батарею лобной дисфункции (Frontal assessment battery- FAB), таблицы Шульте и тест рисования часов (clock drawing test - CTD).

Перед операцией и перед выпиской из стационара всем пациентам выполняли ультразвуковое дуплексное исследование.

Результаты и обсуждение: Перед КЭАЭ у пациентов была выявлена различная степень снижения когнитивных функций: памяти, речи, скорости психомоторных реакций, внимания, а также эмоционального состояния. В первые сутки после операции отмечено умеренное снижение когнитивной сферы, полностью регрессирующее к 7 суткам послеоперационного периода ($p=0,05$). Через 3 и 6 месяцев после хирургической операции достоверно увеличилась скорость психомоторных реакций и память ($p=0,03$). Тревога наблюдалась у половины испытуемых, средний балл по подшкале “тревога” HADS составил $3\pm 3,1$, по шкале Кови - $5,2\pm 2,1$. Через неделю после вмешательства тревога достоверно снижалась ($p=0,03$). Депрессию (по HADS) выявили в 42,6% случаев, средний балл: $7,0\pm 1,9$.

Корреляционный анализ взаимосвязи депрессии (подшкала “депрессия” HADS) и когнитивных нарушений (IMCT) показал обратную зависимость перед операцией ($p=0,035$) и отрицательную корреляцию через 3 месяца после операции ($p=0,001$). Пациенты, у которых исходная перфузия головного мозга на стороне поражения ВСА была снижена по результатам ультразвуковой оценки, показали улучшение интеллектуально-мнестических способностей после КЭАЭ ($p=0,025$).

Выводы: Наши результаты показали улучшение нейрокогнитивных функций у пациентов через 3 месяца после КЭАЭ, особенно у больных с пониженной базовой церебральной перфузией. Наличие депрессивных расстройств у пациентов значительно повышает риск развития ПОКД.

ИСХОДЫ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РАЗЛИЧИЯ ВЫЖИВШИХ И УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ АТОНИЧЕСКОЙ КОМЫ

Эргашев Х.М., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаева К.Х., Қудратова Д.Я.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Введение: кома – это полное выключение сознания с тотальной утратой восприятия окружающей среды и самого себя с более или менее выраженными неврологическими и вегетативными нарушениями. Средний показатель смертности у пациентов в зависимости от глубины комы и причины, ее вызвавшей, варьировал от 20 до 80%.

Для быстрого количественного определения глубины комы широко используют шкалу комы Глазго, согласно которой выделяют умеренную (I степень), глубокую (II степень) и атоническую (III степень) кому. Атоническая кома характеризуется угасанием всех, в том числе и жизненно важных, рефлекторных актов. Многочисленные исследования у пациентов, поступавших в стационар в кому III степени, вызванной разными причинами, не выявили оптимальной шкалы для прогнозирования исхода коматозного состояния. Поэтому, представляется важным рассмотреть исходы именно у этой категории пациентов.

Цель исследования: провести анализ результатов интенсивного лечения атонической комы и установить различия между исходным (при поступлении в клинику АГМИ) состоянием выживших и умерших пациентов.

Материалы и методы. В исследование включено 310 пациентов, поступивших в состояние комы III степени, развившейся на фоне сочетанной травмы - 72 (23,22%), изолированной черепно-мозговой травмы - 69 (22,25%), острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу - 56 (18,06%) и по геморрагическому типу - 92 (29,67%), острая постилоксическая дисциркуляторная энцефалопатия - 21 (6,77%). Критерии включения пациентов в исследование: 3 бала по шкале комы Глазго при поступлении в медицинскую организацию. Всех пациентов методом простой рандомизации разделили на группы: 1-я ($n=151$) – пациенты, имевшие неблагоприятный исход, 2-я ($n=159$) – пациенты с относительно благоприятным исходом (уровень сознания от 4 баллов и более по шкале Глазго). Интенсивную терапию проводили в соответствии с преобладающим заболеванием, вызвавшим кому, и дополняли симптоматическим лечением тех или иных синдромов критических состояний. Были проанализированы следующие показатели гемодинамики и метаболизма: систолического (АДс), диастолического (АДд) и среднего (АДср) артериального давления, центрального венозного давления (ЦВД), частоты сердечных сокращений (ЧСС); фракции выброса левого желудочка и температуры тела, pH, уровня парциального напряжения углекислого газа ($PaCO_2$) и кислорода (PaO_2), содержания Na^+ , K^+ и HCO_3^- в плазме, BE, уровня гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), мочевины, креатинина, глюкозы и общего белка, темпа мочеотделения, в день поступления пациентов в стационар.

Результаты и обсуждения. Из 72 пациентов с сочетанной травмой выжили 30 (41,66%) человека, а из 69 пострадавших с изолированной черепно-мозговой травмой - 32 (46,37%) человек. Из 56 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу выжили 36 человек, а по геморрагическому типу из 92 относительно благоприятный исход имели - 46 (31,08%) пациента. При острой постгипоксической дисциркуляторной энцефалопатии из 21 случая умерло 6 больных (28,6%). В ходе исследования были выявлены значимые различия между группами. Из представленных данных следует, что при диагнозе «сочетанная травма» и «геморрагический инсульт» неблагоприятный исход более вероятен, напротив пациенты с диагнозом «изолированная черепно-мозговая травма» выживали чаще, межгрупповые различия, $p < 0,05$. При неблагоприятном исходе были ниже: АДс - на 6%, а АДд, АДср и фракция выброса на 9%. Таким образом, значения показателей гемодинамики в группе выживших пациентов были достоверно выше, чем в группе умерших. Однако диагностическая значимость столь незначительных различий, особенно на фоне симпатомиметической поддержки, сомнительна. Однако при благоприятном исходе скорость введения допина оказалась на 18 % ниже. Колебания pH в группе выживших пациентов находились в пределах нормы, а в группе умерших - выходили за нижнюю границу нормы. При этом BE был на 48% ниже в группе умерших пациентов, то есть наблюдалась тенденция к ацидозу, что являлось неблагоприятным прогностическим признаком. При повреждении гипоталамо-гипофизарной системы можно ожидать нарушений центральной регуляции водно-солевого обмена, что наблюдали в большей степени у пациентов с неблагоприятным исходом, а именно: уровень Na^+ на 5%, а суточный диурез на 28% выше по сравнению с выжившими пациентами.

Закключение: Получены предпосылки для совершенствования прогноза исхода атонической комы, для чего возможно использование совокупности показателей гемодинамики и метаболизма при поступлении пациента в медицинскую организацию. Наиболее информативными оказались: BE; суточный диурез; доза допамина. При сочетанной травме и геморрагическом инсульте неблагоприятный исход более вероятен.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРГАЛСА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА

*Эшбадалов Х.Ю., Тешабоев М.Г., Мансурова Ф.Х., Халилова Б.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Фурункулы и карбункулы лица являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), занимая до 27%. Фурункулы у 64,2%, карбункулы у 15,1% больных локализируются на лице.

Несмотря на успехи в области их лечения, фурункулы и карбункулы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдаются летальность от внутри черепных осложнений и сепсиса.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности фаргалса при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ.

Проведено клиническое обследование и лечение 60 больных с фурункулами и карбункулами лица (мужчин—34, женщин—26). Возрастной состав больных приблизительно был одинаковым (в 1-й группе средний возраст больных—25 лет, во 2-й—23 года). Больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе было 30 больных (мужчин —18, женщин—12), из них с фурункулами —22, с карбункулами—8. В комплексном лечении (внутримышечное введение антибиотиков, вскрытие абсцесса и дренирование раны) применен фаргалс, который вводили в рану на турунде; сверху накладывали повязку, пропитанную фаргалсом. При инфильтративной форме фурункулов проводили ультрафонофорез с фаргалсом. Средняя продолжительность пребывания больных этой группы, находящихся на лечении по поводу фурункулов, в клинике составила 3,6 дня, по поводу карбункулов—4,2.

Эффективное действие фаргалса проявлялось быстро: на 2-й день значительно уменьшался отек, обильно выделялся гной и расплавленные некротические ткани, инфильтрат становился мягче, меньше, исчезали боли, ускорялось гранулирование раны.

Во 2-ю (контрольную) группу вошли 30 больных (мужчин — 18, женщин—12), из них с фурункулами—24, с карбункулами —6. У всех больных этой группы проводилось аналогичное комплексное лечение, но без применения фаргалса. В этой группе среднее пребывание больных с фурункулами в клинике составило 5,6 дня, с карбункулами —8,4.

У больных 1-й группы в отличие от больных 2-й группы к моменту выписки из стационара нормализовались основные показатели крови (СОЭ, количество лейкоцитов, исчезал С-реактивный белок).

Применение фаргалса в комплексном лечении фурункулов и карбункулов лица способствует более быстрому прекращению воспалительного процесса, предупреждает развитие осложнений, значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре (с фурункулами — в среднем на 2 койко-дня, с карбункулами—на 4,2).

ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ФИКСАЦИЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

*Юлдашев А.А., Туланов Д.Ш., Шамирзаев Х.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Современная медицина направлена на скорейшее восстановление целостности костей с минимальным сроком восстановления после проведенного лечения. В мировой практике известно около трёхсот различных вариантов остеосинтеза. Наиболее современными и перспективными являются методы остеосинтеза, проводимые при помощи скоб из никелида титана, титановых минипластин и пластин из биорезорбируемого материала.

Имплантаты для погружного остеосинтеза изготавливают из биологически и химически инертных материалов — специальных сплавов, содержащих никель, кобальт, хром или титан, не вызывающих развития в тканях организма металлоза (поглощения клетками организма микрочастиц металла). Имплантаты, изготовленные в соответствии с современными технологиями, в ряде случаев не требуют удаления после консолидации перелома, так как полностью биологически и механически совместимы с тканями организма.

Цель исследования. Изучить свойства, показания, практичность и эффективность современных материалов для фиксации костных отломков лицевого скелета, используемых при оперативных вмешательствах у пациентов с травмами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на кафедре хирургической стоматологии АГМИ. Нами проанализирован архивный материал 57 пациентов с травмами костей лицевого скелета в возрасте от 15 до 61 лет, обратившихся за стоматологической помощью в приемное отделение Андиганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи города Андиган за период с 2016 по 2018 год включительно. А также изучены данные отечественной и зарубежной литературы по тематике исследования.

На втором этапе нами были обследованы 45 пациентов отделения травматологии с переломами лицевых костей различной локализации, которым была выполнена операция остеосинтеза.

Пациенты были разделены на три группы по виду используемого материала для синтеза костных фрагментов. Все 100% больных были обследованы и подготовлены к оперативному лечению. Причем, 1 группу составили 12 пациентов, которым был выполнен остеосинтез костных фрагментов при помощи титановых минипластин, фиксированных титановыми минивинтами, 2 группу - 28 больных, которым синтез выполнялся пластинами из никелида титана, а 3-ю группу - 5 пациентов, синтезированных с использованием биорезорбируемых пластин. Следует отметить, что обязательным условием при выполнении остеосинтеза челюстных костей во всех группах была сделана предоперационная их иммобилизация посредством стандартных назубных шин или винтами фиксаторами с последующим наложением межчелюстных эластических тяг.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ архивных историй болезни за 3 года свидетельствовал о значительном увеличении количества травм с локализацией в челюстно-лицевой области. Кроме того, мы сделали вывод, что возросло и число оперативных вмешательств по поводу лечения переломов костей лицевого скелета.

Все 57 пациентов с переломами челюстно-лицевой области различной локализации находились под нашим наблюдением, как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах (1 группа - 12 пациентов – остеосинтез при помощи титановых минипластин и минивинтов, 2 группа – 28 пациентов – при помощи пластин из никелида титана, 3 группа - 5 пациентов – с использованием биорезорбируемых пластин).

В результате исследования было установлено, что при хирургическом лечении переломов костей лицевого скелета, предпочтение следует отдать материалам с внутренней накостной фиксацией. Точно соответствуя поверхностным костным контурам, они не нарушают формы синтезируемой кости, практически не определяются через кожные покровы и остаются основным методом при лечении переломов средней и верхней зон лица.

Изучая подробно показания к применению каждого вида материала, мы выделили области их применения при переломах, локализованных в челюстно-лицевой области.

Анализ результатов обследования 1 группы пациентов показал, что титановые минипластины использовались при переломах скуловой кости со смещением, переломах нижней челюсти (переломы беззубых челюстей, переломы со значительным смещением отломков, не поддающиеся закрытой репозиции, интерпозиция мягких тканей в щели перелома, оскольчатые, косые, патологические, неправильно сросшиеся переломы, псевдоартрозы и все другие случаи, когда невозможно осуществить консервативное лечение). А также они применялись при фиксации костных фрагментов, реконструктивных операциях на нижней челюсти, фиксации имплантатов и костных трансплантатов при костной пластике на нижней челюсти.[4,6] Отмечено, что у 59% (7 пациентов) больных пластины установлены в области тела нижней челюсти, у 33% (4 пациента) - в области скуловой кости и лишь у 8% (1 пациент) - пластина послужила для фиксации имплантатов при костной пластике, в том числе с высокими переломами по мышечковому отростку или полным вывихом головки ВНЧС. Внутрикостный штифт, представляющий собой цилиндр, раздвоенный на одном или обоих концах, был установлен 35% (14 человек) больных. У 22% (9 человек) той же группы - с оскольчатыми переломами в области скуло-альвеолярного гребня была установлена контрфорсная пластина. Следует обязательно помнить и учитывать при работе с материалами из никелида титана, что грубая и чрезмерная деформация как охлажденной, так и неохлажденной скобы, может привести к ее поломке.

Заключение. Нами было установлено, что титан не оказывает тормозящего действия на заживление костной ткани. Материал, из которого изготовлена пластина и минивинты, инертен и не вызывает раздражения окружающих тканей. Использование при остеосинтезе сплавов с эффектом памяти формы из никелида титана позволяет добиться наиболее эффективной и качественной консолидации отломков. Применение биорезорбируемых PLGA материалов снижает риск возникновения послеоперационных осложнений. Проведенные исследования доказали эффективность применения предложенных материалов для фиксации костных фрагментов, которые дали положительные результаты лечения у прооперированных больных. Также использованные в работе материалы для остеосинтеза позволяют минимизировать возможные осложнения в послеоперационном периоде, а также сократить время, необходимое для восстановления функциональной активности челюстно-лицевой области и эстетики лица, тем самым ускоряя восстановление работоспособности пациента после перенесенной травмы челюстно-лицевой области.

ТОШЛИ ПИЕЛОНЕФРИТДА БУЙРАКДАГИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯНИ БУЗИЛИШНИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРИ

Юлдашев Р.Р. Кадилов Ш.Н.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази урология бўлими.

Тошли пилонефрит морфологик полиморфизм кўринишида бўлиб, шамоллаш буйракни – оралик туқимасида, нефронларда, кон томирларда ва лимфа йўлларида бўлади. Шунинг учун ананавий даволашда, ташрихгача ва ташрихдан кейинги даврларда тошни олиш билан тузалиб қолмайди, сабаби буйракдаги патоморфологик ва патофизиологик ўзгаришлар тўлиқ санация бўлмайди.

Шунинг учун буйракдаги бу ўзгаришларни объектив баҳолаш ва махсус даво чораларини аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Бизнинг кўп тармоқли шифохонамизда 28 та тошли пилонефрит билан оғриган беморларни текширишдан ўтказдик. Улардан 16 таси бир томола тошли пилонефрит, 9 таси икки томонлама, 12 та беморда кўплаб тош бир томонлама, 4 та беморда кўплаб тошлар икки томонлама. 6 та беморда гидронефроз ҳар хил даражада, сурункали буйрак етишмовчилиги 5 та беморда аниқланди.

Ҳамма беморларда умумлашган клиник текширувлар рентгенологик, радиоизотоп, ултратовуш, уродинамик ва гистологик усулда текширувлар ўтказилди.

Беморларда радионуклоид ренографияда 21 та беморда контраст тупланиши ва ажраб чиқиши бузилиши аниқланган, 24 та бемор радиосканер қилинганда буйрак паренхимасини бузилиши, 8 та беморда учокли диффуз ўзгаришлар топилди, статистик ва динамик нефроциентрография текширувида 7 та беморда изотопни буйрак туқимасида йиғилишини бузилиши, 10 беморда изотопни чиқишини секинлашуви аниқланди. Юқоридаги текширувларга асосланиб буйракда микроциркуляцияни бузилиши, туқималарни дренажланишини пасайиши ва лимфа айланишини секинлашувига олиб келиши аниқланди.

Буйракни уч жойидан ингичка игнали аспирон биопсия қилинганда 3 та беморда туқимада лимфоцитар шамоллаш аниқланди, 2 та беморда туқимани склерози ва 1 та беморда каналчалар эпителийсини парчаланиши топилди.

Морфологик ва радиоизотоп текшириш усуллари хулосаларини солиштирганда тошли пилонефритни турларини дифференсация қилиш ва ташхис қўйиш осон бўлади.

Шундай қилиб бизни ўтказган морфологик текширувларда буйрак структурасини ўзгаришини, шамоллашни тарқалиш даражасини, туқимадаги патологик ўзгаришларни ва микроциркуляция бузилиш даражасини аниқлаш мумкин.

Шундай қилиб беморда патоморфологик ва патофизиологик ўзгаришларни ҳисобга олиб, антибиотик терапиядан ташқари биринчидан микроциркуляцияни бузилишини, яни тош атрофидаги ва ташрихдан кейинги туқималардаги шамоллашни ҳисобга олиб, иккинчидан қайта тош ҳосил бўлишини профилактикаси учун қуйидаги даво чораларини ўтказдик. Беморларга реополюглокин (6,5 мг/кг), гемодез (6,3 мг/кг), 6% аскорбин к-та (0,05 мг/кг), кофеин (30 мг/кг), трента 5 мл кунда бир марта ва фитолизин 1 чк х 3 мах.

12 беморда даво чораларига қўшимча физиотерапевтик даво муолажалари ўтказилди. Микроциркуляцияни бузилишини ҳисобга олиб сандал, банка, ЛФК, массаж, электротерапия муолажаларини тавсия этилди.

Ўтказилган даво чораларини клиник кўринишини ижобийлигини тасдиқлаш мақсадида радиологик ва гистологик текширувлар хулосаларига таянган ҳолда олиб борилди.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки ўтказилган даво муолажалари натижасида

тошли пилонефритда кон ва лимфа айланиши бузилишини яхшилаш, туқималардаги ўзгаришларни комплекс даволаганда беморларда тош ҳосил бўлишини камайиши, реабилитация даврини қисқариши, ташрихдан кейинги асоратларини озиқтиришга олиб келади.

СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ БУЙРАК ТОШ ХАСТАЛИГИДА ТАШРИХДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Юлдашев Р.Р., Кадилов Ш.Н.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази урология бўлими

Охириги 5 йил мобайнида АВКТМ зи урология бўлимида буйрак тош хасталиги билан 86 бемор ташрих қилинган. Улардан 6 таси қайта тош хасталиги билан ташрих қилинган. Кўпинча беморлар ташрихгача ҳар хил ташхислар билан туман шифохоналарида ёки хусусий шифохоналарда консерватив даво чораларини олиб ҳар хил ташхислар билан даволанганлар. Ҳозирда шифохоналарда тиббиёт текширув замонавий аппаратуралари ривожланишига қарамадан 71 та бемор пилонефрит ташхиси билан даволанган. Уларни текшириш натижасида 26 та беморда азотэмия, 12 тасида ренал гипертензия, 3 тасида иккиламчи бўлмаган буйрак ташхиси қўйилди.

Ўткир йирингли апостематоз пилонефрит абсцесси билан ва буйрак карбункули, буйрак- жигар етишмовчилиги, олигурия билан 10 та бемор келган (пионефроз 3, паранефрит -2, йиринглаган пионефроз- 5). Буйрак атрофидаги туқималарни шамоллаш ҳисобига қорин пардага ёпишиб кетганлар 4 та, тош ҳисобига пионефроз бўлиб нефростома қўйилган 2 та, ташрих даврида битишмаларни ажратишда қорин пардани шикастланиши билан 2, йўғон ичакни жароҳатланиши 1 та, жароҳатни йиринглаши билан 6 та беморда кузатилган. Йирингли паранефритни очишда 2 та беморда кон кетиш кузатилган, бунда атипик томирларни шикастланиш ҳисобига бўлиб, уларда ташрих майдони кенгайтириб кон тўхтатилган.

Операциядан кейинги узок кузатиш даврида 6 та бемор қайта тош ҳосил бўлган ва қайта ташрих қилинган. 4 та беморда бир неча асорат тошни қайта ҳосил бўлиши, пионефроз, паранефрит, кузатилган ва нефроэктомиа ташрихи бажарилган. Жароҳатни иккиламчи битиши натижасида 3 та беморда ташрихдан кейинги чура ҳосил бўлиб жаррохлик бўлимида чура бартараф этилган.

Беморларда юқоридаги асоратлар хисобига умумий сийдик таносил азоларида иккиламчи шамоллашлар кузатилади. Улардан пиелонефрит, пиопиелонефрит, уретрит, уретрадаги шамоллашлардан кейинги чандикли структуралар, сийдик йулларида туз ва тошлар пайдо булиши, сийдик пуфагини шамоллаши, сийдик пуфагида тошлар пайдо булиши шулар жумласидандир. Бу хасталикларни уз вақтида аниқланмаса ва самарали даво чоралари курилмаса яна юқоридаги асоратлар келиб чиқади.

Хозирги ривожланган тиббиёт даврида консерватив терапияда икки ва ундан ортиқ антибиотикларни (бошқа гуруҳлардаги антибиотиклар билан) бирлаштириб микробларга қарши курашилса, буйрак туқимасидаги микроциркуляцияни бузилишини, буйрак реологиясини яхшиловчи, буйракдаги лимфастазни бартараф этувчи даво чоралари (реополюглокин, реосорбика, гемодез, гепарин, трентал, ва бошқалар, туқималардаги битишмаларни сурдириш учун шишасимон тана, лидаза, ронидаза ва б.к, физиотерапевтик муолажалар (ЛФК, электромуолажалар), санатор курорт даволарини тавсия қилиш фойдадан холи эмас.

Юқоридаги асоратларни хисобга олган ҳолда беморларни замонавий технологиялар (рентгенологик, радиоизотоп, ултратовуш, уродинамик ва гистологик, радиосканер, радионуклоид ренография, динамик нефроцинтрография), ёрдамида ўз вақтида ташхис қўйилса ва уларга малакали тиббий муолажа бажарилса беморларда кузатиладиган асоратлар камаяди, беморларни касалхоналарда ётиш куни қисқаради, меҳнат қobiliятини тикланиши тезлашади, меҳнатга ярқисзиқлик (инвалидлик) озаёди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНУПРЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТОМ

Юсупов М.М., Абдумаликов И.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В последнее время для лечения острых риносинуситов применяются препараты растительного происхождения к таким относится синупрет. В составе синупрета имеется корень генцианы – горечи; цветы первоцвета сапонины и флавоноиды; трава щавеля – элюдин, щавелевая кислота, цветы бузины – стереолы, тритеркены, флавоноиды; трава вербены – биофенолы, вербеналин. Поэтому синупрет оказывает муколитическое, отхаркивающее и противовоспалительное действие, что способствует разжижению экссудата и уменьшает отек слизистой оболочки. В результате, повышается активность ресничатого эпителия и ускоряется эвакуация секрета из дыхательных путей, уменьшается явления сенсibilизации, снижает проницаемость стенки капилляров. Синупрет выпускается в двух формах: раствор и драже.

Материалы исследования. Под наблюдением находилось 107 больных с острым риносинуситом, в возрасте от 7 до 55 лет. Из 107 больных катаральная форма у 75 (70%); гнойная у 32 (30%). При лечении больных было разделено на две группы: в первую группу (70 пациентов) составили больные, которые в комплексе лечения наряду с синупретом получали антибиотики, пункция пазухи с промыванием раствора фурацилина и физиотерапия (УВЧ). Во вторую группу (32 пациентов) вошли остальные больные, которые получали комплексное лечение аналогичной как в первой группе только без синупрета. Синупрет применяли в виде драже, которые проглатывали целиком не разжевывая, запивали небольшим количеством воды. Дети школьного возраста применяли синупрет по 1 драже 3 раза в день, взрослые по 2 драже 3 раза в день в течение 7 дней.

Результаты лечения. Учитывались на основании эндоскопического осмотра полости носа, субъективной оценки своего состояния самим пациентом и при необходимости контрольная рентгенография околоносовых пазух. В основной группе где больные получали синупрет клиническое улучшение, состояние наблюдались уже на 2 день лечения, тогда, как в контрольной группе эти улучшения наступили на 4-5 сутки. После лечения больных наблюдали в течение года. За этот период не было отмечено ни одного рецидива в основной группе, а во второй группе у 2 больных отмечено рецидив заболевания.

Выводы. Применение синупрета в комплексе лечения больных с острым риносинуситом является достаточно эффективным средством. У больных с острым риносинуситом применение синупрета приводит к быстрому улучшению состояния больного, резко сокращает число рецидивов заболевания.

SUCCESSFUL TREATMENT METHODS OF VASOMOTORIC-ALLERGIC RHINITIS

Yusupov M.M., Abdumalikov I.M.

Andijan State Medical Institute

Aims and objects: 10-15 % of nasal cavity diseases consist of vasomotoric-allergic rhinitis and the main reasons of these illnesses are endogen and exogenous allergens, nervous-reflector influences. Vasomotoric rhinitis begins because of nervous-reflector effects, the patients complain of mucous discharge from the nose, difficulties in breathing and at rhinoscopy it is determined bluish reddish spots, conchas are swollen, nasal ways are narrowed. At allergic rhinitis patients complain of often sneezing, rhinorrhoea and if at rhinoscopy it is found out reddish spots, the diagnosis is vasomotoric-allergic rhinitis.

Results of examination: we have 25 patients and they are divided into 3 groups.

I – group. Numbers of patients are 7, it is 28 %, and they got treatment of allergic rhinitis. It was administered corticosteroids, antihistamines, physiotherapy.

II – group. 9 patients with vasomotoric rhinitis, it is 36 %. They took antihistamines, sedatives, physiotherapy.

III – group. 9 patients with vasomotoric allergic rhinitis, it is 36 %. They were administered above mentioned conservative treatment.

Results of investigation: The patients were administered not only above mentioned procedures, but were half operated to improve breathing and some of them had a complete surgery. It was gained successful outcome.

Conclusion: It was diagnosed and cured vasomotoric-allergic rhinitis among nasal cavity illnesses. It was gained good results in protecting diseases of nasal cavity and upper respiratory system, the patients were controlled. Interval of returning the disease was prolonged.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Юсупов Н.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Процент травматических повреждений лицевого скелета остается на постоянно высоком уровне, и на данный момент нет тенденции к его уменьшению. Это связано с развитием городов, увеличением числа автомобилей, а, следовательно, и дорожно-транспортных происшествий.

Материалы и методы. Алгоритм диагностики повреждений челюстно-лицевой области в современных условиях развития медицины должен включать клинические и лучевые методы исследования. Зачастую проведение рентген-снимков в классических проекциях не может дать достаточно полную информацию о характере повреждений. Следует уделять пристальное внимание нарушению целостности костных стенок глазницы. Гиподиагностика и недооценка этого важного слагаемого может привести к развитию посттравматических деформаций, стойким нарушениям бинокулярного зрения и энофтальму. Наиболее точное представление о картине перелома позволяет получить проведение спиральной компьютерной томографии (СКТ), которая за последние годы стала считаться «золотым стандартом» диагностики травмы челюстно-лицевой области, позволяющим более точно планировать объем оперативного вмешательства при необходимости его проведения. Следует помнить, что при краниофациальной травме даже небольшие по объему повреждения могут привести к значительным изменениям функции. Исходя из этого, толщина срезов при компьютерной томографии должна быть минимальной и в идеале не превышать 1,5-2,0 мм. Обязательным компонентом успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями средней зоны лица является согласованная работа специалистов смежных специальностей, консультации офтальмолога, ЛОР-врача и невролога, тщательное выполнение их рекомендаций. На основе полученных клинических данных и СКТ делался вывод о характере повреждений средней зоны лица, в частности, скулоорбитального комплекса и нижней стенки глазницы, принималось решение о необходимости проведения операции. Обращали внимание на смещение костных фрагментов, окологлазничной клетчатки в полость верхнечелюстного синуса, наличие эмфиземы. По показаниям выполнялось оперативное вмешательство в объеме реконструкции скулоорбитального комплекса, ревизии верхнечелюстной пазухи. После выполнения всех этапов металлоостеосинтеза при необходимости проводили эндопротезирование нижней стенки глазницы сверхэластичной сетчатой тканью из никелида титана. В послеоперационном периоде назначалась общепринятая антибактериальная и противовоспалительная терапия, повторное рентгенологическое обследование, офтальмологическая диагностика.

Выводы. Таким образом, используя современные методы лучевой диагностики, проявляя настороженность в выявлении повреждений костных стенок глазницы и работая в тесном контакте с коллегами, можно своевременно и правильно определить характер травмы средней зоны лица, предупредить развитие деформации и функциональных нарушений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА

Юсупова М.А., Рахманова Д.С.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальной проблемой современной гинекологии является хирургическая менопауза, которая приводит к катастрофическому снижению уровня половых гормонов. Уровень 17П-эстрадиола, наиболее активного эстрогена, в первые недели после операции часто снижается до следовых значений. Ответной реакцией на дефицит половых гормонов по принципу обратной связи между гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системой рассматривается повышение уровня гонадотропинов: уровень лютропина повышается в 3-4 раза, фоллитропина - в 10-15 раз. Сочетание гипозестрогении и гипергонадотропного состояния характерно для менопаузы как хирургической, так и естественной. В условиях хирургической менопаузы изменения, происходящие в организме, носят манифестный характер, имеют тяжелое течение. У 60-80% женщин развивается постовариэктомический синдром. Остро возникающий дефицит эстрогенов приводит к развитию кардиометаболических нарушений: повышению уровня холестерина - ЛПНП и ЛПОНП, триглицеридов, снижению уровня ЛПВП. Потеря кардиопротективного воздействия эстрогенов при хирургической менопаузе способствует увеличению в 2,7 раза сердечно-сосудистой патологии у женщин. Относительный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при хирургической менопаузе по сравнению с естественной менопаузой расценивается как равный 2,2. Наличие у женщин дополнительных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (абдоминальное ожирение, курение, АГ, дислипидемия, сахарный диабет (СД), отягощенная наследственность по ИБС, заболевания периферических сосудов, гиподинамия, хронический стресс) значительно усугубляет кардиометаболические нарушения, связанные с хирургической менопаузой. Заслуживает внимания роль инсулинорезистентности (ИР) в формировании МС у женщин с хирургической менопаузой. Доминирующим эстрогеном у пациенток с овариэктомией представляется эстрон. В печени, жировой ткани, коже осуществляется периферическая конверсия андростендиона, образующегося в коре надпочечников. Повышенный уровень ФСГ способствует повышению активности ароматазы жировых клеток, что увеличивает экстрагонадную продукцию эстрогена. При ИР потенцируется ароматизация андрогенов в эстрогены, в печени подавляется продукция глобулин-связывающих половых гормонов (ГСФС), опосредованно через ИФР усиливаются патологические гиперпластические процессы в органах женской репродуктивной системы. Хирургическая менопауза устраняет кардиопротективные эффекты эндогенных эстрогенов. Дефицит эстрогенов негативно влияет на кардиометаболические изменения в организме женщины - формируется метаболический синдром (МС). По данным

литературы, через 5 лет после гистерэктомии у женщин формируются разные компоненты МС: тенденция к развитию артериальной гипертензии, абдоминальное ожирение, дислипидемия, гиперинсулинемия, ИР.

Принципиально важным при выборе препарата гормональной терапии у женщин с хирургической менопаузой является его влияние на компоненты МС. Предпочтение отдается препаратам заместительной гормональной терапии (ЗГТ) с «метаболически нейтральными» компонентами. Если препараты ЗГТ не влияют на углеводный обмен у здоровых женщин, то при наличии МС гестагены оказывают дозозависимое влияние. Конъюгированные эстрогены, 17П-эстрадиол и эстрадиола валерат приводят к снижению общего ХС, уменьшению ЛПНП, повышению уровня ЛПВП. Гестагены, обладающие андрогенными (левоноргестрел, медроксипрогестерона ацетат) и, особенно глюкокортикоидными (прогестерон, медроксипрогестерона ацетат) свойствами, неблагоприятно влияют на углеводный обмен. Дроспиренон - прогестаген нового класса, производное спиронолактона с уникальным антиминералокортикоидным эффектом. Дроспиренон препятствует гидратации тканей, обусловленной эстрогенами, что снижает частоту развития побочных эффектов, обеспечивает стабильную массу тела и улучшает переносимость терапии. Благодаря антиминералокортикоидным свойствам дроспиренона, препараты, его содержащие, обладают антигипертензивным эффектом у лиц с мягкой и умеренной гипертензией, а также не влияют на уровень АД у женщин с нормо- и гипотонией. Дроспиренон обладает кардио- и ангиопротективными эффектами, улучшает эндотелиальную функцию и способствует вазодилатации. Антигипертензивный эффект в сочетании с благоприятным влиянием на липидный профиль крови и функцию эндотелия снижает сердечно-сосудистый риск, что чрезвычайно важно для пациенток после операции. Применение дроспиренон содержащих препаратов у женщин после выполнения тотальной овариэктомии является надежной профилактикой и терапией МС.

Таким образом, МС у женщин способствует возникновению не только сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, онкологических заболеваний, но и различных гинекологических заболеваний. Однако многофакторный патогенез МС с вовлечением многих систем организма обуславливает сложность и малую эффективность терапии, несмотря на существующие четкие представления о механизмах развития патологии репродуктивной системы. В связи с этим лечение пациенток с МС на сегодняшний день должна включать в себя обязательную коррекцию метаболических нарушений. Поэтому безусловный практический интерес представляет собой дальнейшее изучение метаболических нарушений с использованием современных биохимических исследований, которое не только позволит вмешаться в патологический процесс и прояснить патогенетические механизмы, но и поможет обосновать и спланировать патогенетически верное лечение данного контингента женщин.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Усупова М.А., Рахманова Д.С.

Ургенцкий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Рост заболеваний шейки матки, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией, в последние годы привлекает особое внимание в связи со значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя. Заболевания шейки матки у молодых нерожавших женщин связаны с биологической незрелостью эпителия шейки матки, небольшим промежутком времени от менархе до начала половой жизни, высокой распространенностью сексуально-трансмиссивных инфекций. По современным представлениям, длительная персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) рассматривается как этиологический фактор дисплазии шейки матки, с высоким риском последующей злокачественной трансформации поражений, что подтверждено работами отечественных и зарубежных исследователей.

Цель исследования: Оценить состояние биоценоза влагалища при папилломавирусной инфекции у молодых нерожавших женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки.

Материалы исследования. За период 2013-2015 гг исследовано 280 пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки. В зависимости от наличия или отсутствия инфицирования ВИЧ, пациентки были распределены на две клинические группы: I группа - 141 пациентка с доброкачественными заболеваниями шейки матки и ВПЧ, II группа - 139 пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки без ВПЧ. Группу контроля составили 33 молодые нерожавшие женщины, не имеющие в настоящее время патологических изменений экзоцервикса.

Критерии включения пациенток в группы исследования: возраст от 18 до 25 лет, наличие доброкачественных заболеваний шейки матки (N72 - воспалительные болезни шейки матки, N88.0 - лейкоплакия шейки матки, N88.8 - другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки), вне беременности. Критерии исключения пациенток из групп исследования: ранее леченные доброкачественные заболевания шейки матки (лейкоплакия, цервициты), использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК), прием лекарственных препаратов (иммуномодуляторов системного и местного действия), которые могут повлиять на течение основного заболевания.

Методы исследования. Учитывали клинко-анамнестические данные: особенности преморбидного фона, сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания, перенесенные детские инфекции. Изучение специфических функций женского организма: менструальной (возраст менархе, особенности менструального цикла и его нарушения), половой и репродуктивной (число беременностей, их исход), инфекций, передаваемых половым путем. Гинекологический статус определяли на основании осмотра наружных половых органов, исследования влагалища и шейки матки с помощью зеркала, бимануального влагалищного исследования.

Микробиологические исследования: бактериоскопическое исследование мазков содержимого влагалища и цервикального канала, которое окрашивали по Граму. Оценку общемикробной обсемененности вагинального и цервикального отделяемого проводили по 4-балльной системе по числу микробных клеток. Молекулярно-биологическое исследование соскоба цервикального канала на ВПЧ высокого онкогенного риска (16, 18, 31, 33), низкого онкогенного риска (6, 11 типов) выполняли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Кольпоскопический метод исследования: кольпоскопию проводили с помощью кольпоскопа «Олимпус - 500» (Япония), обеспечивающего 30-кратное увеличение.

Расширенную кольпоскопию проводили по общепринятой методике с использованием эпителиальных тестов пробы с 3% уксусной кислотой и пробы с раствором Люголя. Цитологическое исследование мазков проводили по методике Паппенгейма. Для приготовления цитологических препаратов использовали жидкостную цитологию. Для гистологического исследования биоптатов шейки матки, приготовленные срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

В пубертатном периоде в организме девушек значительно возрастает продукция овариальных стероидов, влияющих на интенсивность образования коллагена, эластина, и функционирование матричных металлопротеиназ в тканях репродуктивных органов. Под влиянием эстрогенов в клетках вагинального эпителия накапливается гликоген и происходит формирование так называемого эстрогенстимулированного эпителия с увеличением на поверхности рецепторных участков для адгезии лактобактерий. В свою очередь, лактобактерии стимулируют фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов, образование интерферонов и секреторных иммуноглобулинов. Обладая высокой адгезивной способностью к эпителиоцитам, лактобактерии препятствуют адгезии болезнетворных микроорганизмов и являются важным фактором защиты и благополучия вагинального биотопа. По современным представлениям, длительная персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) рассматривается как этиологический фактор дисплазии шейки матки, с высоким риском последующей злокачественной трансформации поражений, что подтверждено работами отечественных и зарубежных исследователей. По результатам зарубежных исследователей, среднее время элиминации ВПЧ в возрасте 18-25 лет составляет от 1,5 до 2 лет у каждой второй пациентки. Актуализация проблемы объясняется не только отсутствием организованного цитологического скрининга на рак шейки матки (РШМ), в связи с чем вызван рост заболеваемости, но и существенным его «омоложением»: каждый пятый рак диагностируется в возрастной группе от 15 до 39 лет, а 42,4% выявленных CIN II -CIN III приходится на возраст до 35 лет.

Выводы: С целью диагностики предраковых заболеваний шейки матки у молодых нерожавших женщин в комплексное обследование необходимо включать наряду с традиционными исследованиями (кольпоскопическое, цитологическое, бактериоскопическое, гистологическое, ПЦР - диагностику). Определение вирусной нагрузки методом ПЦР и цитологическое обследование позволяют не только определять тактику лечения, но и дают возможность прогнозировать течение процесса у молодых нерожавших женщин с персистенцией ВПЧ. Гистологическое исследование у молодых нерожавших женщин должно проводиться, но по показаниям при аномальной кольпоскопической картине. По результату гистологического исследования при выявлении плоской кондиломы, CIN I персистирующей в течение 1,5-2 лет, показано радиоволновое лечение.

Полученные данные должны быть учтены при выборе приоритетных контингентов девочек-подростков, которым необходимы проведение мероприятий по улучшению иммунологического статуса и обязательная иммунизация рекомбинантными вакцинами против вируса папилломы человека.

IV - Медико-биологическое

ДАВОЛАШ-ТАШҲИСЛАШ ЖАРАЁНИНИ АВТОМАТЛАШТИРИШ УЧУН ИНТЕЛЛЕКТУАЛ АХБОРОТ-КОММУНИКАЦИЯ ТИЗИМЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Абдуманов А.А.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Бугунги кунда жаҳон амалиётида соғлиқни сақлаш соҳасида ахборот-коммуникация технологияларидан (АКТ) фойдаланиш бўйича катта тажриба тўпланган. Соғлиқни сақлаш соҳасида АКТни ривожлантириш, аҳоли фаровонлигини ошириш ва давлатни иқтисодий ўсишдаги энг муҳим омили сифатида Ўзбекистон Республикаси давлат сиёсатининг асосий устувор йўналишларидан биридир. Республикамизда кам ҳаражатли тиббий хизматларни таклиф қилишда сифатли ўсиш, даволаш-ташҳислаш жараёни (ДТЖ) тўлалигича самарадорлигини ошириш учун тиббиёт муассасаларида АКТ илғор қўллаш орқали тиббиёт ахборот тизимларини (ТАТ) яратиш, долзарб ҳисобланади.

Тиббиёт соҳасидаги асосий жараён ДТЖнидир. ДТЖни автоматлаштириш концепцияси беморни тавсифловчи барча тиббиёт маълумотлари – унинг касалликлари, ўтказилган тиббий текширувлари, қўйилган ташҳис ва даволаш тадбирлари, якуний текширув натижалари кабилардир. Ушбу ёзувлар даволанишнинг барча босқичларини қамраб олиши лозим. Шифокорлик амалиётида ДТЖда баъзи омиллар борки, улар шифокор назаридан четда қолиб кетади. Бунга шифокорлик амалиётида фойдаланиладиган ахборот ҳажмининг кескин ортиб кетиши, мазкур ахборотни таҳлиллаш ва зарурий қарор қабул қилиш жараёни самарадорлигига салбий таъсир кўрсатади. Айниқса, даволаш жараёни учун ишлатиладиган дорилар хилма хиллиги, бир турдаги касалликка қўлланиладиган дорилар номенклатурасининг катталиги, бир туркумга оид дориларнинг фарқлари туфайли баъзи амалиётларда самарали бўлмаслиги каби муаммолар келиб чиқади. Тиббиёт варақаси кўринишида шакллантирилувчи МБ шаклидаги ахборот тизимлари бемор касаллик тарихи ёки унда бўлаётган ўзгаришлар динамикасини кузатиш имконини беради. Шу билан бирга ТАТ таркибида маълумотларни интеллектуал таҳлили тамойилларини жорийлаштириш орқали тизимни нафақат автоматлаштириш, балки интеллектуаллаштириш элементларини ҳосил қилиш имконини беради. Буни турли даражадаги сўровлар асосида йўлга қўйиш мумкин, бундай механизм кидирув тизими ва ундан турли кесимларда таҳлилий маълумотлардан зарурий ахборотни ҳосил қилиш имконини беради.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда ТАТларини ишлаб чиқишдаги мураккаб масалалардан бири тиббиёт ходими учун қарорлар қабул қилишга қўмаклашиш тизимини (ҚҚҚКТ) ишлаб чиқиш ҳисобланади. Беморларни текширувдан ўтказишда қарор муқобилларини ишлаб чиқиш тизими шифокорларни беморнинг таҳлил натижаларини ўрганиш ва унга ўз муносабатини (ташҳис кўринишидаги) билдиришида жараён самарадорлигини ошириш имконини беради ҳамда аксарият тиббиёт варақаларини тўлдиришни автоматлаштиришга олиб келади.

Тизимда ахборотларни аналитик қайта ишлаш масаласи 3 турга бўлинади: тизим (шифокор) ва устки тизим (бош шифокор, соғлиқни сақлаш бошқармаси, тиббиётнинг аниқ бир соҳаси бўйича бош мутахассис) даражасида келгуси таҳлил ва қарор қабул қилиш учун маълумотларни агрегировация қилиш ва тақдим этиш. Уларга OLAP-технологиядан фойдаланиб маълумотларни кўп ўлчовли таҳлил қилиш қиради; келгусида фойдаланиш учун янги билимларни олиш мақсадида тизим ва устки тизим даражасидаги қонуниятларни ишлаб чиқиш; ДТЖга оид ечимларни ишлаб чиқиш (тескари алоқа ёки бошқарувнинг ёпиқ контури масалалари).

«ExterNET» ТАТ ҚҚҚКТ бир нечта тизимлар синфини ўз ичига олади: классификацияланадиган, тўлдирадиган ва ўзгартирадиган. Тизимнинг интеллектуал ядроси ва ҚҚҚКТнинг муҳим қисмини ташкил этадиган битта манбадаги – ББдаги қисман детерминалланган билимлардан иборат тизим ҳисобланади.

Ташҳислашда қарорлар қабул қилишга қўмаклашишнинг асоси бу ташҳислаш жараёнида шифокорга муқобил ташҳисларни шакллантириш ва уларни илмий статистик асослаш ҳисобланади. Бундай тизимни яратишда ЯАМ асосланган оптимал МБ тузилмавий таркибни яратилганлигидир. Тизимни яратиш технологияси реляцион МБ модели асосида қурилган. Ахборот тизимини дастурий қисми клик синовдан ўтказишда қабул ташҳислаш бўлимида абдоминал касалликлар бўйича беморлар олинди. Бунда 200 дан ортиқ ЭКТ маълумотлари бўйича синовлар олиб борилди, дастлабки тиббий таҳлиллар, текширув ва белгиланган даволаш амаллари натижалари асосида ҚҚҚКТ ёрдамида берилган қарор муқобилларини танлаш ёки қарор муқобилларини аниқлаштириш бўйича берилган, даволаш стандартлари асосидаги тавсиялар бўйича ташҳислар танланди.

Тизим самарадорлигини таҳлил қилиш бемор ҳолатининг ўзгариши билан ўлчанади, яъни олиб борилган ДТЖ тадбирлари даволаш, ташҳислаш ва тиклаш натижаси кўрсатади. Тиббий самарадорликни, олинган даволаш натижаларини уларга қўйилган меҳнат ва сарфлари билан уларга мос бўлган илмий даражаси юқори бўлган бошқа тиббий усуллар, таъсир ва тиббий тадбирларга кам меҳнат ҳамда иқтисодий сарфлар асосида аниқлаш мумкин. Яратилган ахборот тизими касалликларни ташҳислашда тиббий ёрдам кўрсатиш нархини назарий таҳлиллари олиб борилди ва шулар аниқландики, тизимдан фойдаланишда унинг нархи сезиларли даражада камаюди, бу эса унинг иқтисодий самарасини англатади. Бу тизим ёрдамида олиб борилган ДТЖ ташиқлаш орқали шифокор ўзининг тиббий ахборотларини олиш ва кидириш учун сарфланадиган вақтини бундай ахборот тизимидан фойдаланмасдан олиб борилган вақтига нисбатан 3.64 мартага қисқартириши мумкин бу эса шифохона ётоқлар фондининг самарадорлигининг 10% га ошишига олиб келди.

ПИЩЕВАРЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА

*Абдунабиева Х.М., Тоджибаева Н.Л., Мамажанов З.А., Ахмедов Ш.С., Умарова М.З., Жалолов Р.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт*

Полость рта – это «входные ворота» организма для пищевых веществ и воды, а также многих других веществ внешней среды. Первой эндогенной жидкостью, с которой они приходят в контакт, является ротовая жидкость, которую часто называют смешанной слюной. Смешанная слюна обладает многими свойствами и, прежде всего, свойствами пищеварительного тракта.

Пищеварение в полости рта – первый этап пищеварительного конвейера сложной поэтапной биотехнологии. В полости рта осуществляется механическая, физико-химическая и химическая обработка принятой пищи. В этом велико значение слюны как жидкости, которая смачивает, разжижает, растворяет пищу и её компоненты. Только в субстрате возможен гидролиз субстрата ферментом. Слюна, как пищеварительный секрет, растворяет субстрат, а находящиеся в растворе ферменты слюны гидролизуют полимерные субстраты. Наиболее велика активность в составе слюны, особенно околоушных желез, карбогидраз: α -амилазы, расщепляющей полисахариды (крахмал, гликоген) с образованием декстринов, а затем мальтозы и глюкозы; и α -1,4-глюкозидные связи в молекулах амилазы и амилопектина. Оптимум pH для активности слюнной амилазы 6,5-7,0. При pH менее 3-3,5 α -амилазы слюны утрачивает свою активность. Связанная с субстратом (крахмалом, олигосахаридами) слюнная α -амилаза имеет повышенную резистентность к деградирующему на неё влиянию пониженных значений pH. Это немаловажный механизм сохранения амилалитической активности слюнной амилазы в желудке и обнаружения её в химусе тощей кишки.

Карбогидразы слюны за 12-15 с пребывания пищевого комка в полости рта не успевают гидролизовать поли- и дисахариды пищи и продолжают своё действие в желудке в глубине пищевого комка, куда ещё не диффундировала соляная кислота желудочного содержимого. Следовательно, пищеварительные свойства этих ферментов слюны реализуются не столько в ходе ротового, сколько желудочного пищеварения.

Имеются данные, что в первый месяц жизни у детей в слюне амилаза содержится в небольшом количестве, содержание её постепенно возрастает и достигает уровня взрослых в течение 1-2 лет после рождения. Увеличение активности амилазы происходит неравномерно и связано с появлением у детей зубов. У человека максимальная амилалитическая активность наблюдается в возрасте 2-7 лет.

Ряд авторов разделили изоферменты слюны методом изоэлектрофокусирования и выделили две фракции амилазы. При изучении аминокислотного их состава были получены очень близкие результаты.

ТАСАВВУФ ИЛМИГА ОИД ЯНГИ БИР РИСОЛА

*Азимов Ашурали Меҳмонбоевич
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мустақилликдан кейин ижтимоий ҳаётнинг барча соҳаларида, жумладан, маънавият соҳасида ҳам улкан ўзгаришлар бўлиб берилади. Маънавий меъросимиз чуқур ўрганила бошланди, маънавиятга оид янгидан янги асарлар яратилди. Ўзбекистон республикасининг биринчи президенти И.А.Каримов шундай деган эди: “Бизнинг қадимий ва гўзал диёримиз фақат Шарқ, балки жаҳон цивилизацияси бешикларидан бири бўлганини халқаро жамоатчилик тан олмоқда ва эътироф этмоқда. Бу табаррук заминдан не-не буюк зотлар, олим-уламолар, сиёсатчи ва саркардалар етишиб чиққани, умумбашарий цивилизация ва маданиятнинг узвий қисмига айланиб кетган дунёвий ва диний илмларнинг, айниқса ислом дини билан боғлиқ билимларнинг тарихан энг юқори босқичига кўтарилишида она юртимизда туғилиб камолга етган улуг алломаларнинг хизматлари бекиёс экани бизга улкан ғурур ва ифтихор бағишлайди”.

Халқимизнинг бой илмий маънавий меросида ўта муҳим ўрин тутувчи тасаввуф таълимоти давр ва китъалар оша инсониятнинг эзгулик, ҳалолик, покликка даъват этиб келаётган ҳаётбахш ғояларни ўзида мужассамлаштиргани билан алоҳида эътиборга молик масаладир. Шу даврга қадар бу таълимотнинг айрим қирраларини тадқиқотчилар маълум даражада ёритганлигини асослаб берувчи қатор маълумотлар мавжуд.

Аммо тасаввуф таълимоти алломаларининг, қўплаб намоёндаларнинг қарашларини синтезлашган ҳолда акс эттирилган тадқиқотлар етишмас эди. Ана шу муаммони ўз вақтида ҳал этишга қаратилган асарлардан бири - классик адабиётимизни чуқур ўрганишда фидойилик наъмуналарини кўрсатаётган ажойиб олим, филология фанлари доктори, профессор Хамиджон Хомидийнинг “Тасаввуф алломалари” (Т. Шарқ-2004 йил) номли асаридир. Шуниси эътиборга сазоворки, асарда берилган далиллар ХХI асрга келиб ҳам, ўз долзарблигини тўла сақлаб келаётганлиги билан характерлидир. Фикримиз исботи сифатида республикада фаолит қилаётган йирик тасаввуфшунос олим, профессор Нажмиддин Комиловнинг рисолага масъул муҳаррирлик қилиб, уни таҳрир этганлиги ҳамда “Машойхлар тазкираси” номли муқаддима ёзганлиги ҳам асарга ўзига хос салоҳият бағишлаган.

Маълумки, тасаввуфшунослигимизда тадқиқотлар талқинига бағишланган тадқиқотлар айтарли даражада мавжуд эмасдир. Шунинг учун ҳам рисолада энг кўп тарқалган тасаввуф тариқатлари хусусида лўнда маълумот утдиради. Асар унда Абулхасан Абулхайир каби буюк машойхнинг ҳаёт йўли ва ижодий мероси бизда илк бор таҳлил этилганлиги билан эътиборга лойиқдир. Асарнинг ҳақиқат, қаромат, ҳикоят ва ҳикмат шаклида битилганлиги, унинг илмий, бадиий жиҳатдан ўқишли бўлишини таъминлаган.

Асарда илмий асослаб берилган айрим қарашлар эътиборни жалб этади. Маълумки, ХХI аср глобал муаммолари ичида халқаро терроризм хавфи ўта хатарли масалалардан биридир. Асарнинг 7-бетида тасаввуф таълимотида илгари сурилган мўминларнинг ўзаро адоватда бўлиши, мазҳаблараро, низолар қораланди ва бу фикрлар ҳозир ҳам долзарбдир. Рисоланинг 21- бетида тасаввуф таълимотининг йирик намоёндаларидан бири бўлган Иброҳим Адхам ҳақида, у ҳалолу - пок ўз қўл кучи билан яшаш, кишилардан назр - ниёз, ниҳом-эхсонни олмаслик тарафдори эди деб келтирилади. Хулоса қилиб айтганда, рисоладаги илгари сурилган ғоялар ижтимоий-гуманитар фанларда ҳозирда тўла ишлаб чиқилмаган,

колмил инсон концепциясини асослаш йўлидаги йирик қадамлардан бири дейиш мумкин. Муаллиф тасаввуф алломаларининг турли даврлардаги қўлаб намоёндалари ҳақида қимматли фикрлар баён этар экан, фикрнинг мантикий изчиллигига риоя қилади, бу эса ўқувчининг ўзига ром этибгина қолмай, ҳаёт учун ўта муҳим бўлган мустақил хулосалар чиқариб олишга ёрдам беради. Агар ёшларимизни меҳнатсеварликка, ҳалол-поқликка, ватанпарварликка, мардликка, бир сўзликка руҳида тарбиялашга қаратилагн йирик илмий иш сифатида баҳолайди.

ТАСАВВУФ ИЛМИГА ОИД ЯНГИ БИР РИСОЛА

*Азимов Ашурали Меҳмонбоевич
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мустақилликдан кейин ижтимоий ҳаётнинг барча соҳаларида, жумладан, маънавий соҳасида ҳам улкан ўзгаришлар рўй берди. Маънавий меъросимиз чуқур ўрганила бошланди, маънавиятга оид янгидан янги асарлар ярата бошланди. Ўзбекистон республикасининг биринчи президенти И.А.Каримов шундай деган эди: “Бизнинг қадимий ва гўзал диёримиз фақат Шарқ, балки жаҳон цивилизацияси бешиқларидан бири бўлганини халқаро жамоатчилик тан олмоқда ва эътироф этмоқда. Бу табаррук заминдан не-не буюк зотлар, олиму-уламолар, сиёсатчи ва саркардалар етишиб чиққани, умумбашарий цивилизация ва маданиятнинг узвий қисмига айланиб кетган дунёвий ва диний илмларнинг, айниқса ислом дини билан боғлиқ билимларнинг тарихан энг юқори босқичига қўтарилишида она юртимизда туғилиб камолга етган улуг алломаларнинг хизматлари бекиёс экани бизга улкан ғурур ва ифтихор бағишлайди”.

Халқимизнинг бой илмий маънавий меросида ўта муҳим ўрин тутувчи тасаввуф таълимоти давр ва қитъалар оша инсониятнинг эзгулик, ҳалоллик, поқликка даъват этиб келаётган ҳаётбахш ғояларни ўзида мужассамлаштиргани билан алоҳида эътиборга молик масаладир. Шу даврга қадар бу таълимотнинг айрим қирраларини тадқиқотчилар маълум даражада ёритганликларини асослаб берувчи қатор маълумотлар мавжуд.

Аммо тасаввуф таълимоти алломаларининг, қўлаб намоёндаларнинг қарашларини синтезлашган ҳолда акс эттирилган тадқиқотлар етишмас эди. Ана шу муаммони ўз вақтида ҳал этишга қаратилган асарлардан бири - классик адабиётимизни чуқур ўрганишда фидойилик наъмуналари кўрсатаётган ажойиб олим, филология фанлари доктори, профессор Хамиджон Хомидийнинг “Тасаввуф алломалари” (Т. Шарқ-2004 йил) номли асаридир. Шуниси эътиборга сазоворки, асарда берилган далиллар XXI асрга келиб ҳам, ўз долзарблигини тўла сақлаб келаётганлиги билан характерлидир. Фикримиз исботи сифатида республикада фаолият қилаётган йирик тасаввуфшунос олим, профессор Нажмиддин Комиловнинг рисолага масъул муҳаррирлик қилиб, уни таҳрир этганлиги ҳамда “Машойихлар таъкираси” номли муқаддима ёзганлиги ҳам асарга ўзига хос салоҳият бағишлаган.

Маълумки, тасаввуфшунослигимизда тадқиқотлар талқинига бағишланган тадқиқотлар айтарли даражада мавжуд эмасдир. Шунинг учун ҳам рисолада энг кўп тарқалган тасаввуф тариқатлари хусусида лўнда маълумотт ўғдиради. Асар унда Абулхасан Абулхайр каби буюк машойихнинг ҳаёт йўли ва ижодий мероси бизда илк бор таҳлил этилганлиги билан эътиборга лойиқдир. Асарнинг ҳақиқат, қаромат, ҳикоят ва ҳикмат шаклида битилганлиги, унинг илмий, бадийи хижатдан ўқишли бўлишини таъминлаган.

Асарда илмий асослаб берилган айрим қарашлар эътиборни жалб этайди. Маълумки, XXI аср глобал муаммолари ичида халқаро терроризм хавфи ўта хатарли масалалардан биридир. Асарнинг 7-бетида тасаввуф таълимотида илгари сурилган мўминларнинг ўзаро адоватда бўлиши, мазҳаблараро, низола қораланди ва бу фикрлар ҳозир ҳам долзарбдир. Рисоланинг 21- бетида тасаввуф таълимотининг йирик намоёндаларидан бири бўлган Иброҳим Адҳам ҳақида, у ҳалолу - пок ўз қўл кучи билан яшаш, кишилардан назр - ниёз, инъом-эҳсонни олмаслик тарафдори эди деб келтирилади. Хулоса қилиб айтганда, рисоладаги илгари сурилган ғоялар ижтимоий-гуманитар фанларда ҳозирда тўла ишлаб чиқилмаган, колмил инсон концепциясини асослаш йўлидаги йирик қадамлардан бири дейиш мумкин. Муаллиф тасаввуф алломаларининг турли даврлардаги қўлаб намоёндалари ҳақида қимматли фикрлар баён этар экан, фикрнинг мантикий изчиллигига риоя қилади, бу эса ўқувчининг ўзига ром этибгина қолмай, ҳаёт учун ўта муҳим бўлган мустақил хулосалар чиқариб олишга ёрдам беради. Агар ёшларимизни меҳнатсеварликка, ҳалол-поқликка, ватанпарварликка, мардликка, бир сўзликка руҳида тарбиялашга қаратилагн йирик илмий иш сифатида баҳолайди.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА 55 ЛЕТ И СТАРШЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

*Акбарова Г.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В России сердечно - сосудистое заболевание занимает первое место в структуре смертности, причем в росте смертности лидирующую позицию занимает ишемическая болезнь сердца. Глобальное старение населения привело к увеличению доли пожилых и обозначило проблемы здоровья населения данной возрастной категории.

Цель исследования. Оценить распространенность ишемической болезни сердца среди жителей Ферганской долины возраста 55 лет и старше.

Материалы и методы. В профилактической медицине по единому протоколу с использованием стандартных эпидемиологических методов обследована когорта 1869 андижанцев (893 мужчин и 975 женщин) с откликом в 64%. Обследование являлось частью проспективного популяционного исследования «Стресс, старение и здоровье в Узбекистане» (The Stress, Aging and Health Study in Uzbekistan (SAHR)). Все обследованные были опрошены по анкете ВОЗ для выявления стенокардии напряжения и инфаркта миокарда в анамнезе. Электрокардиография регистрировалась в 12 отведениях с последующим анализом согласно Министерскому коду (МК). Ишемическая болезнь сердца диагностировалась по следующим критериям: крупноочаговый инфаркт миокард (Электрокардиография - категории МК-

1-1 -1-2-7) или инфаркт миокард в анамнезе; ишемические изменения (депрессия сегмента ST-T) без гипертрофии левого желудочка (МК 4-1,2 и/или 5-1, 5-2 без гипертрофии левого желудочка: 3-1, 3-3); сердечная недостаточность; нарушения ритма и проводимости на электрокардиографии: МК 6-1,2, , 7-1, 8-3. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SAS.

Результаты. Ишемическая болезнь сердца, согласно указанным критериям, была выявлена у половины населения, в том числе сердечная недостаточность по опроснику Роуза, составила 32,2%. Инфаркт миокард в анамнезе - 6,6%. Распространенность ишемической болезни сердца была достоверно выше среди женщин (52,2% vs 47,8%), чем среди мужчин ($p < 0,001$). Частота ишемической болезни сердца увеличивается с возрастом независимо от пола. Так, среди мужчин в возрасте 55-64 лет она составила 40,8%, а в возрасте 65-74 и 75 лет и старше — 60,4% и 76,0%, соответственно, ($p < 0,01$). Эта болезнь сердца среди женщин составила 49,7%, 69,8% и 79,8%, соответственно, ($p < 0,01$).

Выводы. Половина населения 55 лет и старше страдают ишемической болезнью сердца, тогда как пожилые лица зачастую не включаются в эпидемиологические и профилактические программы. В то же время происходит увеличение доли пожилого населения, и, как следствие, увеличение доли пожилых пациентов в практике врачей многих специальностей.

Оценка распространенности ишемической болезни сердца среди пожилых людей позволит оценить затраты системы здравоохранения, рассчитать необходимые ресурсы.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ОСНОВА БУДУЩЕГО ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

*Акбаров Г.Х., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Для грудного ребенка единственной в своем роде полноценной пищей, которую он получает, в лучшем случае, до годовалого возраста, является материнское молоко. Грудное молоко особенно важно, если в семье имели случаи астмы или аллергии. В добавочном питании грудной ребенок нуждается только с 6-месячного возраста, и в таком случае существенно предлагать в качестве добавки пищу, богатую железом и качественным содержанием белков.

Цель исследования. В малолетнем возрасте необходимо учитывать, что с замедлением скорости роста, постепенно уменьшается потребность в питательных веществах и энергии.

У годовалого ребенка имеется во рту уже несколько зубов, органы пищеварения и обмен веществ уже достаточно созрели, чтобы кушать то же, что едят в семье. В этом возрасте ребенок учится самостоятельно кушать, хотя вначале на полу столько же еды, сколько и во рту. Интересно отметить, что многие дети в состоянии выбрать предлагаемую **пищу** в подходящем для себя количестве и соотношении.

Материалы и методы. Ребенку не справиться с 2-3 разовым питанием в день, как взрослому. Ему требуется вдобавок к 3 основным приемам пищи еще 1-2 полдника.

В формировании привычек питания немаловажную роль играют факторы окружающей среды. Какая пища предлагается, как часто предлагается и как предлагается, оказывает влияние на то, нравится пища или нет. Грудные дети ведут себя очень осторожно в отношении всяких новинок.

Результаты. Поэтому новую пищу приходится нередко предлагать младенцу пять или более раз, прежде чем он ее примет. Грудным детям и младенцам не нравятся острые овощи, перченая пища, пища, состоящая из многих компонентов.

Выводы. Заставляя ребенка кушать то, что ему совсем не нравится, мы можем создать ему проблемы на всю жизнь. Если старания заставить ребенка кушать превращают обеденный стол в поле боя, то ни у кого не будет надежды выйти из этого победителем.

Ребенку должна быть оставлена возможность самому решать, нравится ему еда или нет!

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 50 ЛЕТ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

*Акбаров Г.Х., Худойбердиева Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Сахарный диабет является одним из серьезных жизне- угрожаемых заболеваний и одним из серьезных факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний во всем мире. В последние годы распространенность этого заболевания увеличивается, и все чаще говорят об его эпидемии. Проблема усугубляется тем, что население планеты стареет, а среди пожилого населения сосредоточена основная часть больных сердечно - сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом 2 типа.

Цель исследования. Изучить распространенность сахарного диабета в популяции мужчин и женщин 55 лет и старше, проживающих в городе Андижан.

Материалы и методы. Результаты получены на одномоментной представительной выборке мужчин и женщин в рамках исследования «Стресс, старение и здоровье в России». Всего обследовано 1868 человек обоего пола, в том числе 893 мужчин. Отклик на обследование составил 64%. Всем пациентам проводился стандартный опрос, включающий социально-демографические характеристики, определение факторов риска, анамнез заболеваний, лабораторные данные. Уровень глюкозы натощак определялся глюкозооксидазным методом на автоанализаторе Sapphire-400 (Япония) с использованием наборов фирмы Human.

Гликированный гемоглобин (HbA1c) определялся методом аффинной хроматографии и ионообменным методом и рассчитывается в % от содержания нормального гемоглобина. Наличие сахарного диабета подтверждалось наличием хотя бы одного критерия:

1. положительный ответ на вопрос: говорил ли вам врач, что у вас сахарный диабет?,
2. уровень глюкозы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л, 3 уровень HbA1c $\geq 6,5\%$. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SAS.

Результаты. Распространенность сахарного диабета в анамнезе в изучаемой популяции составила 11,3%, в том числе среди мужчин - 10,3%, среди женщин - 12,2%. Частота выявления HbA1c $\geq 6,5\%$ составила 16,6%, 16,1% и 17,0%, соответственно. Уровень глюкозы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л был выявлен у 13,3% в целом по выборке, 15,3% и 11,5% у мужчин и женщин соответственно. Таким образом, общая распространенность сахарного диабета составила 25,3%, среди мужчин - 24,9%, среди женщин - 25,6%, из которых 56,1%, 59,1%; и 52,6%, соответственно не знали о наличии у них сахарного диабета. Статистически значимых различий по полу и возрасту между изучаемыми показателями обнаружено не было.

Заключение. Каждый четвертый житель 55 лет и старше страдает сахарным диабетом, причем более половины из них не знают о наличии у них заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ПОТЕРЬ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Алибеков О., Чартаков Д., Маматалиева М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины*

Актуальность: Согласно литературным данным, недостаточно изучена роль производственно-профессиональных факторов в развитии неинфекционных болезней (Константинов В.В. и др., 2001; Тожиев М.С. и др., 2000).

Цель. Изучить социально-медицинские потери и экономический ущерб путем разработки схемы иерархии факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у популяции автомобилистроителей г. Андижан.

Материалы и методы исследования: Первичное медицинское обследование рабочих проводилось с использованием «карты первичного обследования» для выявления болезней органов дыхания, кардиальных патологий, патологий мочевыделительной системы.

Результаты исследования: Анализ полученных результатов также позволяет отметить, что временная утрата трудоспособности от хронических неинфекционных заболеваний в 1-й группе наблюдения снизилась по частоте случаев на протяжении года в 11,4 раза, по средней длительности случая в 2,7 раза, по длительности за год в 29,3 раза. Во 2-й группе эти показатели статистически достоверно снизились в 5,2, 1,9 и 8,7 раза, соответственно. В 3-й группе показатели временной утраты трудоспособности у рабочих имели тенденцию к увеличению. Так, среди популяции рабочих с угрозой развития хронических неинфекционных заболеваний показатели временной утраты трудоспособности снизились по частоте случаев за год в 7,6 раза, по средней длительности случая в 2,1 раза, по длительности за год в 16 раз, а во второй группе в 3,5, 1,4 и 4,7 раза соответственно.

Кроме того, форма организации диспансерных и профилактических работ способствует предупреждению формирования патологического процесса у лиц с угрозой развития хронических неинфекционных заболеваний в 89% случаев, ведет к ликвидации клинических проявлений у 72% популяции с возможными хроническими неинфекционными заболеваниями, дает дополнительный эффект практически у всех больных хроническими неинфекционными заболеваниями, приведет к снижению временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год в случаях в 5,8 раза, в днях 11,1 раза.

Выводы: Раскрытие популяционно-профилактических закономерностей в сложном процессе возникновения, развития и исхода от хронических неинфекционных заболеваний среди определенных групп популяции автомобилистроителей позволит направленно решать вопросы дальнейшего оздоровления производственной среды, улучшения системы медицинского обслуживания и профилактики неинфекционных болезней.

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ СРЕДИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ Г. АНДИЖАН

*Алибеков О., Чартаков Д., Маматалиева М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины*

Актуальность хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов определяется исключительно быстрым ростом «конечных точек» и неоднозначностью данных, полученных в эпидемиологических исследованиях соотносительно тенденции распространенности и смертности от этих патологий (Каюмов У.К. и др., 2001; Саипова М.Л., 2002; Campora H. et al., 2000; и др.).

Цель. Изучить эпидемиологию и особенности клинического течения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и условия их развития среди промышленных рабочих г. Андижан, подвергающихся воздействиям производственных риск – факторов.

Материалы и методы исследования: Исследования проводились в течение 2015-2017 гг. и в основу их легли данные проспективного популяционно-клинического исследования неинфекционных заболеваний внутренних органов среди организованного населения Андижана, основанных на применении стандартизованных и унифицированных методов диагностики неинфекционных заболеваний внутренних органов, соответствующих критериям ВОЗ. Основной контингент составили рабочие металлообрабатывающих, термообрабатывающих, сварочных, сборочных, красочных

цехов; штамповщики, поставщики, станочники, и инженерно-технические работники.

Результаты исследования: Сравнительное изучение популяционного портрета качества здоровья промышленных рабочих показало, что предболезни и больные с неинфекционными заболеваниями внутренних органов имели наибольшее распространение среди обследованных. Так, срыв и снижение функциональных возможностей выявлены у 24,7% и 24,5% рабочих; лица с наличием клинических симптомов болезни и с факторами риска – у 23,6% и 22,3% обследованных; а здоровые лица – у 4,7% работников популяции автомобилестроителей. Проведенное через 3 года повторное обследование избранной популяции выявило улучшение отмеченных показателей и уменьшение числа случаев ОХНЗ в возрастных группах. Это связано с организацией индивидуальных профилактических вмешательств по ходу проспективного исследования. В целом, неблагоприятные эпидусловия в отношении ОХНЗ на старте исследования через 3 года наблюдения характеризовались изменением энтропии (произошедшие изменения между I-ми и II-ми обследованиями) в связи с уменьшением в популяции «патологии» в целом и ССЗ в частности, с 19,2% до 13,7% (на 5,5%, $P < 0,01$). Оказалось, что среди обследованных в трех возрастных группах (20-29, 30-39 и 40-49) лет преобладали гастродуоденальные (32,7%), сердечно-сосудистые (19,2%) и гематологические (анемии) заболевания (31,6%);

Выводы: Выявлена и доказана принципиальная возможность популяционного слежения и осуществления профилактики основных ХНЗ за определенными контингентами работников промышленных предприятий, подвергающихся воздействию производственных риск-факторов, что является новым и перспективным направлением превентивной медицины Узбекистана.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Алибеков О.О., Чартаков Д.К., Маматалиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Проблема повышения эффективности профилактики заболеваний сердечно – сосудистой системы является актуальной для практической медицины и имеет социальную значимость.

Разработка новых сочетанных подходов профилактики, направленной на снижение заболеваемости, уменьшение числа и продолжительности временной утраты трудоспособности, является проблемой медицинской и в определенной доле социальной.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности скрининга и профилактики факторов риска заболеваний сердечно – сосудистой системы.

Материалы и методы: В работе была использована стандартизованная методика эпидемиологического исследования, рекомендованная ВОЗ. Нами проведен профилактический скрининг - обследование 400 человек, работающих на автомобилестроительном предприятии города Андижан. Основной контингент составили рабочие, которые принимали участие в сборе, сварке и покраске автомобилей. Возраст обследованных - от 20 до 49 лет. Методика включала использование модели выявления факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний, которая предусматривает изучение иерархии первичных и вторичных ФР в обследованной популяции.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного скрининг - исследования, включающего в себя определение гемодинамических и гематологических показателей, определение степени выраженности факторов риска позволили нам выделить 5 диспансерных групп в популяции автомобилестроителей: I-ая включала здоровые лица с выделением в ней подгруппы высокого риска развития сердечно - сосудистых заболеваний; II-ая группа включала лица с возможным развитием сердечно - сосудистых заболеваний; III-V - представлены больные с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

В течение 3-х лет выделенным группам лиц проводили различные варианты лечебно-оздоровительных мероприятий. В процессе динамического наблюдения число лиц в I-ой группе ежегодно увеличивалось на 18%, во II-ой группе на 24%. Столь позитивный сдвиг был результатом повышения двигательной активности лиц данной популяции, снижения массы тела, уменьшения числа курящих, а также соблюдения рационального режима питания, труда и отдыха. Наибольшие, позитивные сдвиги обнаружены у лиц III-V группы. В данной подгруппе снизилось число лиц, терявших временную трудоспособность, в 2-3 раза и более уменьшалась численность группы III-V степени риска и соответственно от 51% до 70% увеличилось количество лиц в I-ой группе.

Выводы: результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что проведение профилактических мероприятий с диспансерным наблюдением промышленных рабочих представляется перспективным.

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ФУНДАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ

*Алиев Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью исследования явилось изучение клеточного состава и морфологических особенностей фундальных желез желудка белых крыс в условиях длительного потребления однообразной белковой (куриное яйцо) пищи. Нами проведено специальное экспериментальное морфологическое исследование влияния однообразной (белковой) пищи на особенности развития одного из наиболее лабильных и быстро обновляющихся структурных компонентов желудка — слизистой оболочки.

Эксперимент проведен на 50 самцах белых крыс, которые разделены на контрольную и опытную группы. Животные контрольной группы содержались в обычных условиях вивария, в опытной группе использовалось вареное

куриное яйцо. Обеспечивался свободный доступ к пище и воде в любое время суток. Другие условия содержания животных контрольной группы и опытной были идентичными.

Непосредственным объектом исследования послужил фундальный отдел желудка. Для гистологического исследования материал фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Поперечные срезы стенки желудка толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и проводили морфометрию структур фундального отдела желудка.

В начальных периодах эксперимента длина фундальных желез слизистой оболочки желудка значительно удлиняются ($p < 0,01$): средняя длина желез составляет на 1-сутки эксперимента $437,38 \pm 5,41$ мкм. С 1-х до 30-суток однообразного белкового питания (90-120-сутки постнатального онтогенеза) длина фундальных желез продолжает возрастать ($p < 0,001$), достигая от $437,38 \pm 5,41$ мкм до $448,14 \pm 7,90$ мкм. С 30-х суток однообразного белкового питания она начинает уменьшаться. Средняя длина желез на 60-сутки эксперимента составляет $399,20 \pm 8,90$ мкм, на 90-сутки - $390,84 \pm 10,50$ мкм ($p > 0,05$). Главные железы выглядели резко укороченными, располагались в виде мелких разрозненных комплексов или отдельных трубок. Просветы их расширены. Общее число клеток в главной железе еще более уменьшилось и по сравнению с исходными данными, снизилось на 22% ($56,96 \pm 4,30$ при норме $72,88 \pm 1,19$). Железисто-ямочный эпителиально-клеточный индекс стал равным $5,47 \pm 0,29$.

Число главных клеток уменьшилось до $29,7 \pm 1,31$. Содержание париетальных клеток через 60-90-сутки однообразного белкового питания составляло $\frac{1}{2}$ от исходного показателя (в абсолютных цифрах $14,3 \pm 3,21$). Содержание главных клеток снизилось до 52,1%, париетальных – до 25,1%, а мукоцитов – повысилось по сравнению с нормой более, чем в 2 раза и составило 22,8%

Приведенные выше данные свидетельствуют о неоднозначном характере изменений основных морфометрических показателей слизистой оболочки желудка животных, потребляющих однообразную белковую пищу. В результате однообразного нерационального белкового питания замедляются процессы пролиферации и дифференциации эпителиоцитов, в частности, падает интенсивность роста фундальных желез, уменьшаются объем и количество париетальных, главных и ямочных экзокриноцитов.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ

Алиев Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей слизистой оболочки фундального отдела желудка белых крыс в условиях длительного потребления однообразной белковой (куриное яйцо) пищи. С учетом изложенного нами проведено специальное экспериментальное морфологическое исследование влияния однообразной (белковой) пищи на особенности развития одного из наиболее лабильных и быстро обновляющихся структурных компонентов желудка — слизистой оболочки.

Эксперимент проведен на 50 самцах белых крыс, которые на 90-й день постнатального онтогенеза были произвольно разделены на контрольную и опытную группы. Животные контрольной группы содержались в обычных условиях вивария на естественном для грызунов корме, основу которого составляли цельное зерно пшеницы и разрезанные на большие куски овощи с учетом количественного состава рациона, пищевой ценности и сбалансированности его компонентов [4]. В опытной группе использовалось вареное куриное яйцо. Обеспечивался свободный доступ к пище и воде в любое время суток. Непосредственным объектом исследования послужил фундальный отдел желудка, участки стенки которого брали у контрольных и опытных особей в разные периоды эксперимента: 1, 30, 60 и 90 суток. Для гистологического исследования материал фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Поперечные срезы стенки желудка толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и проводили морфометрию структур фундального отдела желудка.

На ранних этапах эксперимента (1-30 сутки однообразного белкового питания) происходит значительное утолщение мышечной пластинки и увеличение объема образующих ее гладких миоцитов. Толщина мышечной пластинки на 30-сутки составляет $13,8 \pm 0,44$ мкм. В последующие 30-45 суток однообразного белкового питания значение соответствующих показателей существенно уменьшаются: средний показатель его толщины составляет в 60-сутки $12,7 \pm 0,55$ мкм, ($p < 0,01$). На 60-90-сутки белкового питания, мышечная пластинка слизистой оболочки характеризуется относительной стабильностью.

Уменьшение толщины мышечного слоя слизистой оболочки желудка сопровождается уменьшением объема и степени дифференцирования формирующих гладких миоцитов, что указывает на увеличение в последующий период эксперимента их ядерно-цитоплазматического соотношения. Минимальные темпы прироста толщины мышечного слоя отмечается на 60-90 сутки: средний показатель его толщины составляет на 60-сутки эксперимента $12,7 \pm 0,55$ мкм, 90-сутки $8,09 \pm 0,58$ мкм.

Приведенные выше данные свидетельствуют о неоднозначном характере изменений основных морфометрических показателей слизистой оболочки желудка животных, потребляющих однообразную белковую пищу. Так, если на ранних этапах эксперимента (1-30 сутки однообразного белкового питания) происходит значительное утолщение эпителиального и мышечного слоев слизистой оболочки. Наблюдается также увеличение размеров их основных структурных элементов, то в последующие 60-90-сутки эксперимента (150-180 сутки постнатального онтогенеза) значения соответствующих показателей существенно уменьшаются.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕРХНЕЙ, СРЕДНЕЙ, НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПОЧКИ КРЫС

Алиев Х.М., Шокаримова Н.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить сравнительную гистоструктуру верхней, средней, нижней части левой и правой почки крыс.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 10 белых крысах. Это были самцы, масса тела которых составляла 210- 230 грамм. Животные содержались в обычных условиях вивария на естественном для грызунов корме, основу которого составляли цельное зерно пшеницы и разрезанные на большие куски овощи с учетом количественного состава рациона, пищевой ценности и сбалансированности его компонентов. Непосредственным объектом исследования послужили левая и правая почки лабораторных животных, которые извлекали после декапитации. Кусочки ткани с размером 1х1 см верхней, средней, нижней части левой и правой почки крыс фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы почек толщиной 5 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином и проводили сравнительную микроскопию.

Результаты исследования. При микроскопии верхней части правой почки хорошо и отчетливо видны корковое и мозговое вещество. Граница между ними хорошо выражена, благодаря различной окраске. Корковое вещество, занимающее поверхностную часть почки и имеющее более темную багровую окраску, кажется однородной, но в ней легко различаются округлой формы почечные тельца, окраска которых более темная. И граница их ясно очерчена соединительной тканью, окружающей со всех сторон. Также хорошо и отчетливо видны канальцы нефрона, имеющие своеобразную стенку, состоящую из различных разновидностей эпителиальных клеток. Соединительная ткань расположена рыхло, но богата микроциркуляторными сосудами между этими канальцами в малом количестве и имеет очень слабую бледную окраску. Тем не менее, строение коркового вещества такое же, хотя почки крыс не имеют дольчатое строение, как и у других млекопитающих. Мозговое вещество более бледно окрашено и хорошо видны собирательные канальцы на продольном срезе.

Гистоструктура средней, нижней части левой и правой почки крыс при микроскопии имеет идентичную картину с правой верхней частью. Однако, при морфометрических изучениях обнаруживаются некоторые расхождения параметров структурно-функциональных единиц левой и правой почки и каждой её отдельной части.

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОСТРУКТУРЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЛЫХ КРЫС

Алиев Х.М., Акбарова М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности строения гистоструктуры околоушной железы белых крыс.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 10 белых крысах. Это были самцы, масса тела которых составляла 210- 230 грамм. Животные содержались в обычных условиях вивария на естественном для грызунов корме, основу которого составляли цельное зерно пшеницы и разрезанные на большие куски овощи с учетом количественного состава рациона, пищевой ценности и сбалансированности его компонентов. Непосредственным объектом исследования послужили левые и правые околоушные железы лабораторных животных, которые извлекали после декапитации. Кусочки ткани с размером 1х1 см верхней, средней, нижней части левой и правой околоушной железы крыс фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы почек толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и проводили сравнительную микроскопию.

Результаты исследования. Околоушная железа - уплощенная, дольчатая, с размытыми очертаниями, наиболее крупная из слюнных желез; простирается вверху позади уха и внизу над вентролатеральной поверхностью шеи, где она лежит вдоль задней лицевой вены вместе с шейными лимфатическими узлами. Задняя часть железы доходит до области плеча и перекрывает наружную половину половины ключицы. К переднему краю железы тесно прилегает вне-глазничная слезная железа, которая закрывает собой начало околоушного протока. Проток, образованный соединением трех основных стволов, идет по поверхности жевательной мышцы параллельно щечной и нижнечелюстной ветвям лицевого нерва и открывается в преддверие рта напротив больших коренных зубов крыс.

При микроскопии околоушной железы хорошо и отчетливо видны дольки, разделенные прослойками соединительной ткани, богатой кровеносными сосудами, а также имеющие выводные протоки. В каждой дольке, почти одинаково имеющей окраску, содержатся секреторные альвеолы и соединительная ткань, расположенная вокруг них. Граница между ними хорошо выражена благодаря различной окраске. Альвеолы, имеющие округло овальную форму окрашены базофильно, а соединительная ткань - слабо оксифильную.

Гистологическое строение верхней, средней, нижней части левой и правой околоушной железы крыс при микроскопии имеет идентичную картину. Однако, при морфометрических изучениях обнаруживаются некоторые расхождения параметров структурно-функциональных единиц её отдельных частей.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРАВОЙ, СРЕДНЕЙ, ЛЕВОЙ И ХВОСТАТОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ КРЫС

Алиев Х.М., Шаробидинов Б.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить гистоструктуру правой, средней, левой и хвостатой доли печени крыс. Так как в отличие от других лабораторных животных у крыс отсутствуют миндалины и желчный пузырь.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 10 белых крысах. Это были самцы, масса тела которых составляла 210- 230 грамм. Животные содержались в обычных условиях вивария на естественном для грызунов корме, основу которого составляли цельное зерно пшеницы и разрезанные на большие куски овощи с учетом количественного состава рациона, пищевой ценности и сбалансированности его компонентов. Непосредственным объектом исследования послужила печень лабораторных животных, которую извлекали после декапитации. Кусочки ткани с размером 1х1 см правой, средней, левой и хвостатой доли печени крыс фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы печени толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и проводили сравнительную микроскопию.

Результаты исследования. При микроскопии правой доли печени, кажется, однородной, трудно различаются дольки, границы их ясно не очерчены, так как соединительная ткань вокруг долек в малом количестве и расположена рыхло. Тем не менее дольчатое строение имеется и притом такое же, как и у других млекопитающих. Дольки печени имеют шестигранную форму, что заметно по ходу сосудов, на периферических участках долек расположены артериолы, венулы и желчные протоки. Центральные вены, собирающие кровь из синусоидальных капилляров, в большинстве случаев расположены в центральной части дольки. Стенка их трудно различается и очень тонкая. Печеночные балки, образованные гепатоцитами и эндотелием капилляров, окрашены оксифильно и имеют одинаковую окраску во всех участках дольки.

Гистоструктура средней, левой и хвостатой доли печени крыс при микроскопии имеет идентичную картину с правой долей. Однако, при морфометрических изучениях, обнаруживаются некоторые расхождения параметров структурно-функциональных единиц печени каждой дольки.

МУЛОҚОТ - ПЕДАГОГИК ФАОЛИЯТДА ЭНГ МУҲИМ КАСБИЙ ҚУРОЛ

*Ахунова М.Р., Раҳматова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мулоқот – юнонча сўз бўлиб, суҳбатлашув, шахслараро суҳбат ва ўзаро фикр алмашув, икки ёки ундан ортиқ кишиларнинг сўзлашувида пайдо бўлади. Инсон мулоқот жараёнида ижтимоий тажриба, таълим-тарбия, турли муносабатлар, ахлоқий меъёрлар, ғоя ва мафкура омиллари таъсирида яшаб ижтимоийлашади ва шахс сифатида камолотга етади.

Педагогикада мулоқот ўқитувчи ва таълим олувчилар жамоасининг ўзаро таъсир малакаси, усули ва тизимини англатиб унинг моҳияти, ўзаро ахборот алмашишида, таълим ва тарбиявий таъсир ўтказишида, ўзаро бир-бирларини тушунишга эришишларида намоён бўлади ҳамда куйидаги хусусиятларга эга:

- мулоқот педагогик фаолиятда энг муҳим касбий қуролдир ;
- мулоқотда унинг мақсадга мувофиқлигини таъминлаш учун ижтимоий назорат ва ижтимоий қонуниятлар муҳим;
- ўқитувчи ва таълим олувчи муносабатларининг энг муҳим таркибий қисми мулоқот саналиб, мотивацияда мотив қандай аҳамият касб этса, у ҳам худди шундай муҳим рол ўйнайди;
- педагогикада мулоқот – ўқитувчининг таълим олувчиларга таъсир ўтказиш асосида ўзаро муносабатини фаол ташкил қилиши, муайян бир мақсадни дастур асосида амалга оширишнинг режалаштирилган функциясини бажаришидир;
- мулоқот – ҳамкорлик фаолиятининг эҳтиёжидан вужудга келиб чиқади ва шахслараро муносабат ривожланишининг кўп қиррали жараёни ҳисобланади;
- нотўғри педагогик мулоқотдан таълим олувчида ишончсизлик пайдо бўлади, диққат–эътибор, ишчанлик ҳаракати сусаяди, нутқ динамикаси бузилади, мустақил ва эркин фикрлаш қобилияти, креативлиги пасаяди.

Педагогик мулоқот – бу ўқитувчининг таълим олувчилар билан дарсда ва дарсдан ташқари фаолиятда энг қулай психологик муҳитни вужудга келтириб, ижобий руҳий иқлимни яратиши учун имконият берувчи касбий муносабатидир. Ўқитувчининг таълим олувчилар билан ўзаро яқин мулоқотидан асосий мақсад:

- салбий ҳолатларни вужудга келтирувчи жараёнларга барҳам бериш;
- таълим олувчиларда мустақил фикр юритиш кўникмаларини ҳосил қилиш;
- таълим олувчиларни фаолликка, эркин фикрлашга, ўз фикр мулоҳазаларини чўчимасдан баён қилиб унга таянишга ўргатиш;
- таълим олувчиларнинг яширин қобилиятларини уйғотиш;
- дарс ва дарсдан ташқари жараёнларда қувонч ва шодлик кайфиятини пайдо қилиш.

Педагогик фаолиятда мулоқот таълим олувчиларга замон талаблари асосида таълим бериш вазибаларини ҳал қилиш воситаси, тарбиявий жараёнларни ижтимоий-педагогик жиҳатдан таъминлаш тизими сифатида намоён бўлади.

ТИЛ ТАРИХИ

*Ахунова М.Р., Раҳматова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Тил деб мураккаб мулоқот тизимига ёки шу тизимни ўрганиш ва ишлатиш қобилиятига айтилади. Тилни ўрганувчи соҳага тилшунослик дейилади. Жаҳон тиллари миқдорини аниқлаш учун тил ва шева орасида фарқ ўрнатиш зарур. Шунга қарамай, тиллар сони 6—7 минг орасида, деб ҳисобланади. Табиий тил сўзлашув ёки имо-ишора орқали тарқалади, бироқ ҳар қандай тил эшитиш, кўриш, сезиш стимуллари ёрдамида ёзув, браилле ёки хўштак каби иккиламчи воситага қодланиши мумкин. Кенг маънода тил атамаси остида бирор мулоқот тизимининг тайинли қондалари мажмуаси тушунилади. Барча тиллар семиозисга, яъни белгиларни тегишли маъноларга боғлаш жараёнига таянади. Оғзаки ва имо-ишора тиллари рамзлар кетма-кетлигини сўз ёки морфема қилиб шакллантирувчи фонологик тизим ҳамда сўз ва

морфемалар кетма-кетлигидан ибора, шунингдек гапларни ҳосил қилувчи синтактик тизимни ўз ичига олади. Тил ишлатиш одам маданиятига чуқур сингган. Бинобарин, тил фақатгина мулоқот воситаси бўлиб қолмай, балки индивидуалик, ижтимоий стратификация, парварииш каби ижтимоий ва маданий ролларга ҳам эга.

Тиллар вakt ўтиши билан ўзгаради, уларнинг эволюциясини қадимги тилларнинг кейинги босқичларда қандай белгиларга эга бўлганини аниқловчи ва уларни замонавий тилларга таққословчи тарихий тилшунослик ўрганади.

Умумий аждоддан келувчи тиллар гуруҳига тиллар оиласи дейилади. Бугунги кунда жаҳонда энг кенг тарқалган тиллар, жумладан инглизча, испанча, португалча, русча ва хиндча хинд-европа тиллари; сино-тибет тиллари; арабча, амхарча ва иврит эса семит тиллари; суахили, зулу ва шона эса банту тиллари оиласига киради. Тилшунослар фикрига кўра бугун мавжуд тилларнинг 50 дан 90 фоизигача 2100 йилга келиб йўқолиб кетади.

Қайд этилганидек, жаҳон тиллари ўз грамматик қурилиши, луғат бойлиги ва бошқа жиҳатидан бир-биридан фарқ қилади, лекин шу билан бирга улар барча тиллар учун муштарак бўлган умумий қонуниятлар асосида ривожланади. Тил давр билан, замон билан ҳамоҳанг равишда ўзгариб боради (ўзбек тилининг қадимги туркий тил даври билан ҳозирги кўриниши чоғиштирилса, бундай ўзгаришлар қай даражада бўлганлиги яққол сезилади) ва баъзан, турли ижтимоий-сиёсий ўзгаришлар оқибатида, муомаладан чиқиб кетиши ҳам мумкин. Масалан, ўтмишда жаҳон маданияти ривожига катта ҳисса қўшган феклар ва римликлар сўзлашган қадимги юнон ва лотин тиллари даврлар ўтиши билан муомаладан чиқиб, ўлик тилларга айланиб қолган.

МУЛОҚОТ – ҲАМКОРЛИК ФАОЛИЯТИНИНГ ЭҲТИЁЖИ

*Ахунова М.Р., Раҳматова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ўқитувчининг энг муҳим сифатларидан бири унинг таълим олувчилар билан ўзаро ҳамкорликда таълим-тарбиявий фаолиятни самарали ташкил қилиши, улар билан қизғин мулоқот қила олиши ва уларга жонкуяр, меҳрибон раҳбар бўлишидир. Педагогик-психологик йўналишларда олиб борилаётган илмий-тадқиқот ишларида, ўқитувчиларнинг сермахсул педагогик фаолиятни амалга оширишлари учун зарур бўлган коммуникатив қобилияти тўғрисида кўплаб фикр ва мулоҳазалар юритилган.

Узоқ йиллар давомида педагогика соҳасида олиб борилган тажрибалар шундан далолат берадики, коммуникатив фаолиятда муваффақиятга эришиш учун, ўқитувчининг интеграл фанлар асосларини ва ўқув – тарбиявий ишлар методикасини чуқур билиши етарли эмас. Зеро у, билим ҳамда амалий кўникма ва малакаларини таълим олувчиларга фақат жонли ва бевосита мулоқот воситасида бера олади. Ўқитувчи ва таълим олувчиларнинг жонли мулоқоти, таълим муассасаларида педагогик фаолиятнинг муҳим шарти ва мазмуни сифатида намоён бўлади.

Инсоннинг ҳаёт тарзида энг муҳим таркибий восита бўлган мулоқот, ҳар қандай касбий фаолиятнинг барча турларида мавжуд. Бироқ бир қатор касб эгаларида (чунончи, педагог, шифокор ва ҳоказо) у касбий фаолиятга шунчаки ҳамроҳ бўлган оддий омил эмас, балки касбий аҳамият касб этадиган, унинг асосини ташкил этадиган муҳим категория саналади. Бу ҳолда мулоқот инсонлар ўртасидаги одатий ўзаро ҳамкорлик шакли эмас, балки касбий фаолиятнинг муваффақиятини таъминловчи категория сифатида мавжуддир. Айниқса, педагогик фаолиятда мулоқот муҳим функционал восита саналиб, ўзаро таълим ва тарбиявий таъсир курали сифатида намоён бўладики, бунда мулоқотнинг муҳим шартларига ва қонуниятларига, кўшимча вазифаларига риоя қилишга тўғри келади.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, ҳар қандай касб эгасининг кишилар билан одатий ўзаро ҳамкорлик тизимида мулоқот гўё, шунчаки ўз-ўзича содир бўлади. Маълум бир мақсадга қаратилган таълим-тарбиявий жараёнда эса, мулоқот ижтимоий вазифага айланади, натижада ўқитувчи педагогик мулоқот қонуниятларини пухта билиши, коммуникатив қобилият ва коммуникатив маданиятга эга бўлиши талаб қилинади.

Касбий-педагогик мулоқот деганда, ўқитувчи ва таълим-тарбия жараёни объектларининг ўзаро ҳамкорлик тизими тушунилади, унинг асосий фаолият мазмуни ўзаро ахборот алмашиш, шахсни билиш, тарбиявий таъсир ўтказиш саналади. Ўқитувчи бу жараёни фаоллаштирувчиси сифатида майдонга чиқади, уни ташкил этади ва бошқаради.

СОЦИАЛЬНО - ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ТРАНСФОРМАЦИИ ФЕНОМЕНА СВОБОДЫ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

*Бадалбаева И.Х.
Медицинский академический лицей
Андижанского государственного медицинского института*

Актуальность. Важнейшие трансформации техногенной цивилизации задаются развитием техники и технологий, которое происходит за счет генерирования новых знаний и их внедрения в технико-технологические процессы. Эти трансформации приводят к ускоренному преобразованию природы, социальных отношений, форм деятельности и коммуникации. Трансформации техногенной цивилизации вызывают качественные изменения в философии, появляются новые подходы и методы исследования, категории и понятия, которые связаны с виртуализацией культуры, изменением её универсалий, формированием новых её видов, синтезом элементов традиционности и новаторства.

Цель исследования. Состоит в осуществлении социально-философского анализа трансформации феномена свободы в условиях техногенной цивилизации.

Методы исследования. В работе используются принципы развития, объективности, всесторонности, историзма, детерминизма, общенаучные и философские методы, метод компаративного анализа, методы философской рефлексии.

Обсуждение. Свобода представляет собой универсалию культуры, которая в единстве содержания и функций предстает как регулятив поведения, деятельности и общения социальных субъектов. Можно выделить три основных

уровня актуализации данной универсалии. На первом уровне -обыденного сознания - посредством данного понятия обозначают границы допустимого или возможного в действиях, общении и поведении. На втором -правовом уровне теоретического сознания определяются нормы допустимого и регулируемого, и наказания за их нарушения. На третьем - философском уровне теоретического сознания осуществляется рефлексия над первыми двумя уровнями и одновременно он выступает как дискурс оснований культуры..

Генезис представлений о свободе в условиях традиционного общества происходит в рамках мифологической мировоззренческой парадигмы и в учениях древневосточных мыслителей. Дальнейшее развитие представлений о свободе в традиционном обществе осуществляется в античной культуре и философии. Наконец, разработка представлений о свободе в традиционном обществе находит свое завершение в Средние века.

На уровне обыденного сознания в традиционном обществе представления о свободе определяются исторически сложившимися доминантами его поведения и деятельности, которые могут носить как природный, так и социальный характер. На правовом уровне теоретического сознания в традиционном обществе понимание свободы отражает специфику сложившейся иерархии социальных отношений и социальной структуры, закрепляя правовые нормы посредством системы правовых установлений и кодексов. На философском уровне теоретического сознания в традиционном обществе понимание свободы закрепляется в учениях древневосточных, античных и средневековых мыслителей.

В условиях современной техногенной цивилизации происходят трансформации феномена свободы: 1) на уровне обыденного сознания; 2) на микроуровне и макроуровне правовой культуры теоретического сознания; 3) на метаяуровне философской рефлексии теоретического сознания. На уровне обыденного сознания появляется новый вид идентичности - сетевой или виртуальной идентичности. В виртуальной среде формируются новые трактовки свободы, важнейшей из которых становится понятие виртуальной свободы. Они становятся частью мировидения, в процессе интериоризации эволюционируют в убеждения, на основании которых меняются социальные и индивидуальные действия.

На микроуровне правовой культуры теоретического сознания свобода как понятие правовой культуры получает обоснование и воплощается в конкретных видах и подсистемах права: конституционного, гражданского, трудового, финансового. На макроуровне правовой культуры теоретического сознания свобода в качестве категории правовой культуры реализуется в философии права и ряде правовых концепций (юридическая антропология, коммуникативная концепция права).

На метаяуровне философской рефлексии теоретического сознания свобода предстает как универсалия культуры, которая закрепляется в современных философских концепциях постиндустриализма, таких как, например, концепции нетократии и инфократии. Кроме того, свобода на этом уровне воплощается в этических исследованиях киберпространства (виртуальная, сетевая, информационная и компьютерная этика).

Выводы. Теоретическая рефлексия свободы как универсалии культуры находит свое отражение в процессе становления и развития свободы как категории правовой культуры в философии права в условиях техногенной цивилизации. В качестве основных подходов к исследованию правовой культуры в философии права можно выделить такие как аксиологический, деятельностный, социологический, семиотический и системный. Общими чертами современных концепций философии права в понимании категории «свобода» являются следующие:

- а) определение данной категории как одной из ключевых в правовой культуре;
- б) исследование вопроса о соотношении свободы и закона;
- в) признание того, что свобода детерминирована конкретными историческими условиями, имеет четкие границы и носит нормативный характер.

ТЕХНОНАУКА В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ, СУБЪЕКТНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ВЫЗОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Бадалбаева И.Х.

Медицинский академический лицей

Андижанского государственного медицинского института

Актуальность. Проблематика влияния технауки на развитие информационного общества является актуальным социально-философским исследованием, находящимся в поле научного интереса современных отечественных и зарубежных исследователей. Для удобства анализа все научные труды были сгруппированы исходя из ключевых вопросов, рассмотренных в нашем исследовании. Это социокультурные условия развития технауки; сущность и специфика технауки; социально-философское содержание технауки; социокультурное измерение технауки в информационном обществе, в частности, её влияние на развитие инноваций в экономике, становление предпринимательских университетов, развитие гражданского общества.

Цель исследования. Изучить и внедрить в практику философское преподавание новейших тенденций в научном и технологическом познании.

Методы и обсуждения. Методологические принципы создания единого образовательного пространства:

- 1) открытость (понимаемая как размыкание сферы образования в разных аспектах, преодоление границ, придание им контролируемой проницаемости, мембранности);
- 2) гибкость (как способность действовать «мягкой силой», пере-настраиваемость, самоорганизация, рефлексивное управление, дифференциация образовательной политики, сфера образования как экосистема, природоподобные технологии, гомеостатика);
- 3) забота (о каждом ребенке, каждой семье, каждом учителе, каждой школе; «красная черта» — жизнестойкость, мотивация к учению / познанию нового, здоровье сбережение);
- 4) субъектность (выращивание субъектности, воспитание человека, понимающего себя, формирование рефлексии, осознанного выбора, умения и желания учиться (от любопытства через любознательность к любознательности);

поддержка внутренней мотивации к развитию и действию; школа как школа взросления; поддержка субъектности учителя);

5) инновационность (преодоление архаизмов во всех аспектах образования, прежде всего в понимании; освоение передовых технологий, применение больших данных);

6) направленность в будущее (учить будущему, учить тому, что пригодится в будущем, быть территорией будущего, работать для будущего; опережающая социализация, воспитание важнее обучения, мотивация будущим);

7) устойчивость и устойчивое развитие (культура устойчивости в меняющемся неустойчивом мире; экологический императив (и другие); картина мира и мировоззрение человека будущего; преодоление потребительства как мировоззрение и образа жизни).

Глобальные изменения в организации деятельности в науке, технологиях и производстве, таких как: сжатие инновационного цикла, размывание отраслевых и дисциплинарных границ, рост требований к квалификации работников, сращивание науки и технологий, резкое увеличение объемов информации при вхождении в цифровую эру, необходимость жизни и деятельности в условиях избыточности данных, глобализация информации, отмена монополии на информацию, информационные войны, резкое увеличение объемов профессиональной информации, бигдата обуславливают кардинальное изменение подходов к содержанию и методам обучения.

Применительно к образованию обычно говорят о цифровой революции. При этом контуры преобразований, которые такая революция может произвести в образовании, исследованы и очерчены слабо. Когда мы говорим о технологическом вызове образованию (технологизация всех сторон жизни) или информационном (взрывной рост информации, ее доступность, избыточность, перенасыщение вместо «информационного голода») вызове образованию, мы тоже говорим о цифровой революции.

Разнообразие и изобилие образовательного контента против отобранного минимума содержания образования;

Открытая образовательная цифровая среда свободного выбора курсов обучения и наставников против замкнутых учреждений образования, единообразно осуществляющих полный цикл обучения и воспитания;

Школа, мотивирующая учиться, вместо школы принуждения к учебе (субъектные технологии против имитации инноваций);

Технопедагогика против классической дидактики и мировоззренческое образование и воспитание против предметной замкнутости и ЗУН.

Все это требует от мира образования глубокой рефлексии над своими собственными основаниями, и это вызов уже для философии образования, которая должна выработать миропонимание, соответствующее современным реалиям развития человечества.

Каким образом можно охарактеризовать общие черты адекватного миропонимания? Представляется, что этих общих черт пять:

1) общность — как понимание единой глобальной судьбы и взаимозависимости всего человечества, планеты, Природы и каждого индивида в отдельности;

2) целостность — как цельность человеческой натуры, единство описания и действия, картины мира и активности, согласование ценностей, целей, средств, способов и результатов принятия решений, включенность в активное делание всем своим существом, понимание неразрывной связи с другими, сопричастность происходящему;

3) сложность — понимание того, что у сложных проблем не бывает простых решений, управление сложностью, «расставание с простотой»;

4) субъектность — в соответствии с категорическим императивом Канта, любая сущность (а не только человек) рассматривается как субъект, а не как объект использования или орудие;

5) виртуальность — приспособление к жизни в культуре виртуальных смыслов, не привязанных к материальным или «реальным» вещам.

Все это вместе на уровне норм можно назвать сетевидностью, поскольку концепт сети как коллективно-распределенного разума и коллективно-распределенной деятельности объединяет в себе все эти черты.

Выводы. Таким образом, технаука — это новая форма организации науки, интегрирующая дисциплины и направления исследований как естествознания и техники, так и гуманитарного знания. Технаука знаменует собой новый этап интеграции научного знания и технологий, преодолевающий как границы между дисциплинами, так и границы между областями деятельности. Формируются принципиально новые, сложные, междисциплинарные объекты познания и деятельности, которые включают в себя с необходимостью физические, химические, биологические, психологические, технические, социальные аспекты. Сложные объекты такого рода представляют собой продукт междисциплинарного метасинтеза.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ТИПА ТРУДА: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

Бадалбаева И.Х.

Медицинский академический лицей

Андижанского государственного медицинского института

Актуальность. Проблемы, связанные с трудом и занятостью, очень широко волнуют мировое сообщество в целом и некоторые страны и регионы в частности. Социальная философия не может остаться в стороне от происходящих изменений, поскольку труд - важнейшая составляющая жизни общества и значимая категория в социальной философии. По изменениям труда можно судить о тенденциях развития общества и самом обществе в целом. Несмотря на важность технико-технологических изменений, особую актуальность исследования для социально-философского теоретизирования представляет субъект труда, который формируется под воздействием новых типов организации труда.

Цель исследования. Целью исследования является определение социальных последствий изменения форм и содержания труда второй половины XX - начала XXI века.

Методология и методы исследования. Особое внимание было уделено критическому анализу трудовых процессов представителями частных социально-гуманитарных наук (социология, экономика, политология, психология и другие). Опорным методологическим принципом исследования стал общепризнанный принцип историзма и конкретности. Применение системного метода исследования обусловлено междисциплинарным подходом.

Обсуждения. Для понимания особенностей трансформации труда в условиях современности нужен философско-антропологический аналитический инструментарий: схематизация его пространственной и временной модальности, описание способов переживания таких трансформаций современным субъектом труда. Нужно обратиться к проблеме субъекта и реконструировать способ его существования в рамках философских построений, посвященных проблеме современного труда.

Труд некогда был ключевой темой в социально-философских дебатах, тем не менее, необходимо признать, что проблематизация труда утратила свое исключительное место, перейдя в область социологии, экономики, психологии и в публичное пространство. Чувствуется нехватка социально-философских исследований, которые могут отвлечься от частности, эмпирических данных.

Проблемы, связанные с трудом и занятостью, очень широко волнуют мировое сообщество в целом и некоторые страны и регионы в частности. Социальная философия не может остаться в стороне от происходящих изменений, поскольку труд - важнейшая составляющая жизни общества и значимая категория в социальной философии. По изменениям труда можно судить о тенденциях развития общества и самом обществе в целом. Несмотря на важность технико-технологических изменений, особую актуальность исследования для социально-философского теоретизирования представляет субъект труда, который формируется под воздействием новых типов организации труда.

Развитие новых мировых тенденций в сфере труда позволило выдвинуть обоснованное мнение, что передовые страны переживают качественную «метаморфозу»² общественного развития. Эта стадия характеризуется такими понятиями как «информационное общество»³, «постфордизм»⁴, «когнитивный капитализм»⁵, «поздний капитализм»⁶, «семиокапитализм»⁷ и т.д. Разумеется, есть и другие языки описания. Но все они, так или иначе, пересекаются с мыслью о том, что современный труд подвергся серьезным изменениям.

Пограничный характер проблемы труда предполагает ее комплексное рассмотрение с широким использованием достижений философии и ряда других наук. В настоящее время можно говорить о достаточно высоком уровне разработанности проблемы труда в целом. Со времен античной мысли философия работает над проблематикой труда, но именно эпоха Нового Времени подготовила то место, которое проблематика труда заняла со второй половины XIX века. Уже в период становления классического капиталистического общества (в середине XIX в.) возникают предпосылки того, что категория труда станет центральной для социальной философии.

Вывод. В данном исследовании мы концентрируемся преимущественно на трех направлениях социальных теорий: классический марксизм, теории информационного общества (постиндустриального) и концепции креативной экономики, автономистский марксизм, потому что в фокусе внимания этих теорий находятся именно попытки проследить логику развития трансформации труда и прогнозировать изменения на несколько десятилетий вперед.

Итак, отмеченные изменения, а также глобальность социальных преобразований обуславливают особую значимость и актуальность философского исследования проблемы труда. В сложившейся ситуации возникает необходимость.

ФЕРМЕНТОВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ИНТРАДУОДЕНАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АМИЛАЗЫ

Байбекова Г.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Изучение данного вопроса имеет не только теоретическое, но и практическое значение, в том числе для совершенствования методов функциональной диагностики и заместительной ферментотерапии. Так, на основании накопленных данных можно допустить, что при непрерывной аспирации зондом панкреатического сока из двенадцатиперстной кишки гиперсекреторная реакция железы проявляется, если секреция вызвана интрадуоденальным введением стимулятора (например, соляной кислоты), и отсутствует, если она вызвана парентеральным введением секретина с панкреозимином. Исходя из общего принципа регуляции ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез, было сделано допущение о дифференцированности ее торможения в зависимости от ферментативной активности дуоденального содержимого. Мы провели исследование с целью выяснить влияние повышенной амилотической активности дуоденального содержимого на секрецию поджелудочной железы.

Материал и методы: Опыты выполнены на 5 беспородных собаках массой 12—15 кг. Наркоз (аминазин, гексенал) проводили под управляемым дыханием. Для сбора панкреатического сока канолировали главный панкреатический проток на малый проток накладывая лигатуру. В начальной части двенадцатиперстной кишки укрепляли катетер для введения стимулятора секреции. Кровь и мочу собирали через катетеры, введенные в оба мочеточника и бедренную вену. Для стимуляции секреции интрадуоденально вводили в течение 1 ч 8—каждые 15 мин в течение 8 ч по 8—10 мл закисленного до pH 2 гидролизина. Спустя 2 ч в двенадцатиперстную кишку вводили 0,2 мг % раствора (10 мл/ч) ферментного препарата амилазы — диастазу ячменного солода из расчета 20 мг/ч (по 2,5 мг каждые 15 мин), затем 2 ч — гидролизин, 1 ч — амилазу и еще 2 ч — гидролизин. В собранном соке определяли содержание бикарбонатов (обратным титрованием), белка (по Лоури), амилазы (по Смитсу—Роу в модификации А. М. Уголева), липазы (по Титцу) и общую протеолитическую активность (по Кунитцу). Учитывали объем мочи, каждый час в моче и плазме крови определяли количество амилазы. Введение в двенадцатиперстную кишку подкисленного гидролизина вызывало у подопытных собак достаточно стабильную от часа к часу секрецию с высоким содержанием в соке ферментов, несколько снижавшуюся по объему к 6—8 ч опыта. Интрадуоденальное введение диастазы солода не изменяло объем секреции и выделения в составе сока бикарбонатов, белка, липазы и протеаз. Во всех опытах интрадуоденальное введение диастазы вызывало достоверное снижение секреции амилазы (в ряде опытов до 20—30% от исходного уровня). При

первом введении содержание ее в соке уменьшалось до $46,7 \pm 13,0\%$, при втором до $41,6 \pm 11,1\%$. Причем в большинстве опытов при первом введении диастазы тормозное последствие наблюдалось в течение лишь 1 ч. Препарат диастазы имел небольшую амилолитическую активность: в 1 мл вводимого в кишку раствора содержалось всего 110 ед. амилазы, что в 100—400 раз меньше, чем в панкреатическом соке собак в наших экспериментах (10—40 тыс. ед./мл). Следовательно, даже небольшое увеличение амилолитической активности дуоденального содержимого, вызванное гетерогенным (растительным) ферментом, всегда приводит к торможению секреции поджелудочной железой именно амилазы.

Результаты и обсуждение: Это позволяет сделать заключение о дифференцированности торможения панкреатической секреции в зависимости от вида повысившейся в двенадцатиперстной кишке ферментативной активности. Отсюда вытекает возможность дифференцированной коррекции панкреатического ферментовыделения путем:

а) перорального применения ферментных препаратов с разной активностью их ингредиентов или препаратов с одинаковой активностью (по результатам нашего исследования — активностью амилолитической);

б) торможения секреции панкреатической амилазы.

Принимая во внимание значительное уменьшение экзосекреции амилазы, можно допустить существенное снижение синтеза, что должно вызывать уменьшение инкреции амилазы. Однако амилолитическая активность крови на протяжении эксперимента не претерпевало достоверных изменений, а ренальное выделение амилазы не уменьшалось, а наоборот, увеличивалось. Выделение амилазы с мочой нарастало в течение опыта за счет повышения диуреза и амилолитической активности мочи, постепенно достигая колоссальных величин (в 50-70 раз больше, чем в первые 2 ч опыта). Это не могло быть всосавшаяся из кишечника экзогенная амилаза, так как за 2 инфузии в кишечник было введено всего 2200 ед. амилазы, а выделено с мочой за 6 часов более 10000 ед., не говоря уже о том, что персорбция амилазы в кишечнике весьма незначительна. Можно допустить, что в условиях повышенной амилолитической активности дуоденального содержимого происходит перераспределение экзосекретируемого и инкретируемого фермента. Однако сопоставление количества амилазы, «недовыделенной» с соком (327232 ед.) в результате ингибирующего действия диастазы на секрецию и выделенной с мочой (10303 ед.), показало, что ренальным путем выделяется около 3 % того количества амилазы, на которое сократилась ее секреция железой. Поэтому вряд ли постепенное увеличение ренального выделения амилазы в ходе опыта есть результат влияния введения в пищу диастазы солода.

Выводы: Скорее всего, нарастание экскреции амилазы с мочой не связано с действием введенной диастазы, а является результатом постепенного повышения проницаемости гистогематического барьера и несколько увеличенного «уклонения» амилазы из железы в кровь в условиях стимуляции железы гидролизинном. Сам же эффект торможения экзосекреции амилазы под действием введенной с двенадцатиперстную кишку диастазы солода реализуется на уровне умеренного селективного торможения синтеза и экструдии амилазы поджелудочной железой.

ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ИХ РОЛЬ В КОРРЕКЦИИ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Байбекова Г.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучение острых опытов панкреатической секреции на собаках стимулированного интрадуоденальным введением закисленного (до pH-2) гидролизина (0,5-0,8 мл/кг каждые 15 мин.) в течение 8 часов.

Методы исследования: Сок поджелудочной железы собирался из главного ее протока при лигировании добавочного протока. Желудок отделялся от двенадцатиперстной кишки лигатурой. В стенке желудка укреплялась трубка для извлечения желудочного содержимого. Желудочная секреция стимулировалась пентагастрином (5 мкг/кг 15 мин, фирма «Серва») в течение 8 часов.

На третий и седьмой часы опыта интрадуоденально (вместе с гидролизинном) вводился С-терминальный гексапептид трипсиногена 100 мкг/кг каждые 15 минут. На пятый час опыта дважды тот же гексапептид в той же дозе вводился внутривенно.

Выводы исследования: Результаты экспериментов показали, что гексапептид при интрадуоденальном и внутривенном введении существенно снижал (в 2 раза) секрецию пепсиногена, но усиливал (2-3 и более раз) стимулированную пентагастрином секрецию соляной кислоты железами. Этот эффект отчетливо проявился в течение двух часов после введения гексапептида.

Как показали полученные данные, при интрадуоденальном введении гексапептида объем ($98,9 \pm 31,0\%$) панкреатической секреции и выделение в составе сока бикарбонатов ($103,1 \pm 70,6\%$) существенно не изменены, а содержание в соке ($61,9 \pm 17,3\%$) и часовой дебит секреции ($61,3 \pm 19,6\%$) общего белка снижены. При этом секреция амилазы не изменялась ($106,7 \pm 27\%$) или отмечалась тенденция к понижению.

Секреция липазы за счет снижения липолитической активности сока имела тенденцию к понижению ($84,7 \pm 21,7\%$). Содержание ($61,4 \pm 8,1\%$) и часовой дебит ($62,2 \pm 15,7\%$) секреции панкреатических протеаз во всех опытах существенно уменьшались.

Внутривенное введение гексапептида объем панкреатической секреции не меняло, была тенденция к повышению секреции бикарбонатов, снижало секрецию белка за счет торможения выделения с соком протеиназ, секреция липазы не менялась, амилазы несколько повышалась. Это явилось причиной увеличения выделения амилазы при неизменном диурезе.

Полученный экспериментальный материал позволяет заключить, что С-терминальный гексапептид трипсиногена при интрадуоденальном введении тормозит секрецию протеолитических ферментов поджелудочной железы, усиливает стимулированную пентагастрином секрецию железами желудка соляной кислоты, но тормозит секрецию пепсиногена.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Байбекова Г.Дж., Зудунова И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В ряде исследований было показано, что многие люди, имеющие факторы риска, не заболели ИБС, а часть заболевших ИБС не имели классических факторов риска. Keys и др. отметили, что только 50% больных ИБС имели классические факторы риска, а другие исследователи прямо указали, что известные факторы риска не могут объяснить наблюдаемого роста заболеваемости ИБС. Обзор накопленных данных показал, что наиболее значимыми причинами в развитии коронаросклероза являются психосоциальные, психологические и поведенческие факторы, которые играют определенную роль еще до появления гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии. В многочисленных клинических и эпидемиологических исследованиях была определенно подтверждена важная роль различных психологических, социальных и поведенческих факторов в возникновении ИБС. Конкретные же механизмы включения психосоциальных факторов в патогенез ИБС остаются неясными. Они трактовались в русле нескольких основных концепций.

Цель исследования. Разработать средне-нормативные данные по общемозговым индексам фоновой ЭЭГ человека, определить факторную структуру индексов и их функциональное значение как показателей степени психоэмоциональной активации ЦНС, определить особенности системной организации фоновой ЭЭГ лиц ПТА в спокойном состоянии и состоянии психоэмоционального напряжения.

Методы исследования. Факторный анализ позволяет построить 3-х-факторную модель общемозговых индексов фоновой ЭЭГ по группе испытуемых в целом, включающую: а) фактор организации альфа-активности, проявляющийся на фоне подавления медленных дельта- и тета-ритмов; б) фактор пространственной синхронизации ритмов; в) фактор энергии ритмов (временной синхронизации). У женщин факторные решения соответствуют группе в целом. У мужчин уменьшено влияние фактора пространственной синхронизации и увеличено влияние фактора временной (амплитудной) синхронизации. У мужчин дополнительно выделяется фактор энергии бета-2 ритма.

Результаты исследования. При психоэмоциональной активации наиболее значительные изменения в факторных решениях фоновой ЭЭГ по группе испытуемых в целом происходят в содержании фактора пространственной синхронизации: резко усиливается влияние на факторные решения быстрых бета-1 и бета-2 ритмов и распадается связь с фактором пространственной синхронизации ритмов.

Половой диморфизм влияния психоэмоциональной активации на факторные решения заключается в том, что у женщин наиболее сильные изменения происходят в структуре фактора пространственной синхронизации и незначительные - в содержании фактора временной (амплитудной) синхронизации ритмов. У мужчин, наоборот, основные изменения происходят в содержании фактора временной (амплитудной) синхронизации и незначительные - в составе фактора пространственной синхронизации ритмов. И у мужчин, и у женщин эти изменения происходят за счет резкого усиления влияния на факторные решения бета-1 и бета-2 ритмов.

По показателям общемозговых индексов и факторной структуры фоновой ЭЭГ лица ПТА и ПТБ более активированы, чем лица контрольной группы. При этом в исходном состоянии наиболее активированы женщины ПТА: у них в фоновой ЭЭГ усилена роль показателей пространственной синхронизации, а у женщин ПТБ - временной (амплитудной) синхронизации ритмов. Мужчины ПТА и ПТБ менее активированы, чем женщины, но мужчины ПТА также были более активированы, чем мужчины ПТБ.

У женщин ПТА и ПТБ реакции активации на ситуацию предэкзамениционного психоэмоционального напряжения более выражены, чем у мужчин. Наибольшая активация ЦНС при этом отмечается у женщин ПТА: высокий исходный уровень пространственной синхронизации ритмов при дополнительной психоэмоциональной стимуляции у них значительно понижается на фоне усиления роли бета-1, бета-2 активности. У мужчин ПТА перестройки в фоновой ЭЭГ напоминали таковые у женщин ПТА. У женщин и мужчин ПТБ реакция активации в ситуации психоэмоционального напряжения выражена меньше, чем у лиц ПТА.

Вывод. Разработаны средненормативные данные по общемозговым индексам фоновой ЭЭГ человека и определена их факторная структура, установлен функциональный смысл общемозговых индексов. Эти данные могут использоваться и при проведении научных исследований и оценке наступающих изменений в структуре фоновой ЭЭГ и в практической деятельности при оценке функционального состояния ЦНС испытуемых. При дальнейшем экспериментальном подтверждении полученных данных может быть разработан нейрофизиологический коррелят ПТА как предиктора ИБС.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У ШКОЛЬНИКОВ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПОКОЕ И ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ

*Байбекова Г.Дж., Зудунова И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Перспективным для донозологического скрининга школьников является исследование функционального резерва регуляторных систем с помощью ортостатической пробы, которая непосредственно адресована механизмам регуляции кровообращения и позволяет оценить функциональные резервы систем регуляции. Ортостатическая проба является одним из информативных методов выявления скрытых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и механизмов ее регуляции. Особенный интерес представляет применение ортостатической пробы и анализа ВСР при скрининговых обследованиях школьников, поскольку с одной стороны важна простота и высокая информативность метода, с другой стороны возможность получения информации о состоянии сердечнососудистого гомеостаза и резервных возможностях регуляторных механизмов. Кроме того, проведение этой пробы может быть

важным для выявления ранних гипертонических состояний у старших школьников, для оценки особенностей регуляции сердца при часто наблюдаемых у детей аритмиях, для суждения о состоянии вегетативной регуляции у детей с избыточным весом.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение особенностей регуляции сердечного ритма в различных возрастных группах школьников в покое и при активной ортостатической пробе и разработка критериев оценки адаптационных возможностей организма для проведения скрининговых донозологических исследований в школе.

Материалы и методы исследования. Изучить возрастные особенности показателей ВСР в покое и при активной ортостатической пробе и оценить адаптационные возможности организма школьников в зависимости от пола и возраста в разных школах Андижанской области.

Результаты исследования. В результате анализа данных активной ортостатической пробы при оценке функциональных резервов механизмов вегетативной регуляции установлены изменения сердечно-сосудистого гомеостаза (гомеостатический компонент ортостатической реакции), которые проявляются в основном ростом частоты пульса (на 15-30%) и в меньшей степени увеличением систолического (на 3-5%) и диастолического (на 10-12%) давления. Изменения вегетативной регуляции (вегетативный компонент ортостатической реакции) характеризуются снижением значений показателей, связанных с активностью парасимпатического отдела и ростом значений показателей, отражающих активность симпатического отдела (Ин) вегетативной нервной системы. Выраженность изменений этих показателей в 2-3 раза превышает изменения показателей сердечно-сосудистого гомеостаза.

Отмечено увеличение сосудистого компонента ортостатической реакции (рост при переходе в положение «стоя», что отражает активацию вазомоторного центра в ответ на перераспределение крови при гравитационной нагрузке). С возрастом происходит прирост величин всех перечисленных компонентов ортостатической реакции, однако, у девочек 11-13 лет отмечается более значительное увеличение гомеостатического компонента.

Установлены достоверные различия показателей сердечнососудистого гомеостаза, вегетативной регуляции и активной ортостатической пробы между однотипными возрастными-половыми группами в разных школах.

Разработаны критерии оценки результатов донозологического скрининга школьников с использованием активной ортостатической пробы. В соответствии с этими критериями предложена методика отображения гомеостатического, вегетативного и сосудистого компонентов ортостатической реакции в виде векторов в двухмерном пространстве состояний.

Вывод. Установленные в результате проведенных исследований возрастными-половыми и региональными особенностями вегетативной регуляции кровообращения при ортостатической пробе могут быть использованы для оценки результатов скрининговых исследований школьников. Разработаны критерии оценки результатов донозологического скрининга школьников с использованием активной ортостатической пробы. Предложена методика отображения гомеостатического, вегетативного и сосудистого компонентов ортостатической реакции в виде векторов в двухмерном пространстве состояний с формированием индивидуальных заключений в соответствии с расположением начальной и конечной частей вектора, его направленностью и длиной. Предложенные методика и критерии оценки могут быть использованы для автоматизации донозологических скрининговых исследований школьников.

АТРОФ МУХИТ ВА ИНСОНЛАРНИ САНОАТ ЧИКИНДИЛАРИ ТАЪСИРИДАН МУХОФАЗА ҚИЛИШ

Бекиева М.Ж.

Андижон давлат тиббиёт институти

Атроф-мухитни муҳофаза қилиш муҳим умумхалқ ва давлат аҳамиятига молик вазифа бўлиб, нафакат хозирги, балки келажак авлодлар фаровонлиги ҳам бу вазифанинг муваффақиятли ҳал этилишига боғлиқдир. Бугунги кунда атроф мухитнинг ифлосланиши оқибатида инсонлар саломатлиги заифлашиб бормоқда. Бутун борлиқ инсоният саломатлигида муҳим аҳамиятга эга.

Саноат ишлаб чиқаришнинг атроф-мухитга, инсон соғлиги ва турмуш тарзига таъсири XIX асрдан бошлаб жуда тез суръатлар билан шаклланиб, XX асрда мисли қўрилмаган даражага етди. Бунга асосий сабаб, аксарият кишилар, ҳаттоки айрим соҳа мутахассислари ҳам — сайёрамиз чеки-чегарасиз шу сабабли ҳам саноат ишлаб чиқаришидан, автотранспорт воситаларидан ва бошқа халқ ҳўжалиги корхоналаридан ажралиб чиққан зарарли ашёлар ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетадил деган хулоса бердилар. Бу эса, уларда экологик маданият, билимнинг етишмаслигидан далолат беради. Саноат корхоналари, ҳўжалик маиший хизмат корхоналаридан чиққан чикиндилаар йиллар давомида тупроқда, сувда ёки атмосфера ҳавосида ҳаракатланиб бир турдан иккинчи турга ўтиб туради. Хусусан, қўрғошин, рух, мишьяк, мис, ванадий, молибден, кадмий, симоб, сурьма ва бошқа бир қатор кимёвий элементлар вақт ўтиши билан ўта заҳарли бирикмалар ҳолида тупроққа, сувга ёки ҳавода йиғилиб боради. Энг ачинарли томони шундаки, сув ва ҳавода тўпланган кимёвий заҳарли моддалар сув ва ҳаво билан ер қурраси бўйлаб айланиб юради. Шу сабабли ҳам энг узоқ Антарктида музликларидан уч минг тоннадан ортиқ ДДТ кимёвий воситаси йиғилиб қолган бўлиб, ушбу узоқ минтақада яшовчи тюленлар, пингвин, ҳаттоки оқ айиқларнинг жигарларидан турли хил саноат ва қишлоқ ҳўжалигига хос бўлган кимёвий заҳарли моддалар мавжудлиги аниқланган.

Саноати ривожланган шаҳарлар атмосфера ҳавоси таркибидаги тутун, қурум, чанг ҳисобидан осмонда газлар йиғилиб тутунли булутлар, туманлар вужудга келмоқда ва инсон учун фойдали бўлган қуёш нурларини ергача тўла етиб келишига тўсик бўлмоқда. Оқибатда ёши улғу кишиларда асаб ва юрак хасталиги, болаларда эса рахит касаллиги тобора кўпайиб бормоқда. Бунинг исботи мисолида Эрисман илмий-тадқиқот институти маълумотларига мурожаат қилсак, атмосфера ҳавосидаги ўртача йиллик чанг миқдори яшил яйловлардаги 1 м³ ҳавода 0,01 мг, аҳоли яшайдиган овулларда 0,14 мг, шаҳар ҳавосида 0,16 мг бўлган бўлса, бу кўрсаткич саноат ривожланган марказий саноат шаҳарларида 0,28 мг га тенг бўлган. С.Гольдберг берган маълумотларга кўра иссиқлик ишлаб чиқарадиган марказий станциялар жойлашган районларда 500 дан ортиқ мактаб ўқувчилари тиббиёт кўригидан ўтказилганда, уларнинг 60%ининг ўпкасида турли хил ностандарт ҳолатлар кузатилган бўлиб, 17,3%ида эса силлиқоз касаллигининг бошланаётганлиги қайд этилган. Саноат

корхоналарининг ривожланиши, транспорт воситаларининг ортиб бориши, коммунал маиший хизмат соҳаларининг кенгайиб бориши, шаҳар атрофида турли хил марказлашмаган, оддий гигиена талабларига жавоб бермайдиган ахлатхоналарнинг қўпайишининг олдини олиш ҳеч кечиктириб бўлмайдиган гигиена-экологик тадбир ҳисобланади. Бу тадбирларга қуйидагилар кирди:

Лойиҳалаш тадбири. Шаҳар атрофида қуриладиган саноат ишлаб чиқариш корхоналарини лойиҳалаш учун ер майдонлари ажратишда ернинг рельефи, иқлим шароити, шамолнинг йўналиши, завод-фабрикадан чиқадиган тутуннинг шаҳар атмосферасига тарқалиш қонунлари мукамал ўрганилади. Чунки саноат корхоналарининг шамол йўналиши эътиборга олинган ҳолатда қурилиши, саноат шаҳарларида тутун ва чангларнинг аҳоли яшаш шароитига салбий таъсир кўрсатмаслиги лозим. Шаҳар аҳолисининг саноат чиқиндилари билан касалланишини олдини олиш мақсадида саноат корхоналарини шаҳарлардан маълум бир узоқликда қуриш мақсадга мувофиқ бўлиб, аҳоли турар-жойи билан корхона оралиғидаги масофа аниқ ишлаб-чиқариш муассасасининг катта-кичиклигига қараб лойиҳалаштирилади. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, шаҳарни саноат ишлаб чиқариш чиқиндиларидан ҳимоялашда ихота сифатида зарарли газ ва кислота, ишқорларга чидамли бўлган манзарали дарахтларни экиш лозим, меваги дарахтларни экиш мутлақо ярамайди, чунки унинг мевасини истеъмол қилган инсон оғир хасталикларга дучор бўлиши мумкин. Технологик тадбир. Саноат чиқиндиларидан атроф-муҳитни муҳофаза қилишда технологик тадбирлар муҳим ўрин эгаллайди. Атроф-муҳитни ифлословчи асосий манбаларга турли ёқилғиларнинг ёниш маҳсулотлари, автомобиль дудлари ва чиқинди газлар, қишлоқ хўжалигида ишлатиладиган кимёвий ўғит ва захарли моддалар, саноат ишлаб чиқариш чиқиндиларига мансуб бўлиб, бу чиқиндилардан атроф-муҳитга, жумладан, инсон учун ўта хавфли бўлган фтор, хром, ванадий, марганец, кобальт, никель, мис, рух, мишьяк, молибден, кадмий, симоб, сурьма ва бошқа бир қатор элементлар ажралиб чиқади. Ҳаво таркибидagi зарарли бўлган бирикмалар оқибатида инсонларда салбий оқибатлар кенг авж олиб бормоқда. Юзага келадиган касалликларни олдини олиш ва мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш долзарб масалалардан биридир. Атмосфера ҳавосига салбий таъсир кўрсатиш бўйича иккинчи ўринда иссиқлик электрстанциялари, қозонхоналар, нефтни қайта ишловчи корхоналар туради. Атмосфера ҳавосини ифлослантирувчи моддалар турли-туман бўлади жумладан, экологик ҳолатлар бўйича фаолият олиб боровчи мутахассислар 2 мингга яқин атмосферани ифлослантирувчи моддаларни санаб ўтишган. Улар ўз табиати, яъни зичлиги ва инсон организмга таъсир муддатидан келиб чиқиб турли нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қўра, атроф-муҳитнинг ифлосланиши оқибатида келиб чиқадиган касалликлар туфайли ҳар йили сайёрамизда камида беш ярим миллион киши вафот этади. 2050 йилда бу рақам 6 миллион кишидан ортиб кетиш хавфи бор. Шундан тенг ярми Ҳиндистон ва Хитой ҳиссасига тўғри келади. Ифлос ҳаво оқибатида 2013 йилда Хитойда 1 миллион 600 минг, Ҳиндистонда бир ярим миллионга яқин, АҚШ ва Европа Иттифоқи мамлакатларида 300 мингга яқин киши вафот этгани айтилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг онкологик касалликларини ўрганиш халқаро агентлиги (IARC) 2013 йил эълон қилган ҳисоботида ҳавонинг ифлосланиши саратон касаллигининг асосий сабабчиси экани таъкидлаган.

Саноат корхоналари диққатини тупроқ гигиенаси билан боғлиқ бўлган иккита муаммонинг тўлиқ ҳал этилишига қаратиш лозим. Улардан бири тупроқнинг кимёвий ўта зарарли ташланмалар билан ифлосланиш эҳтимоли билан боғлиқ бўлса, иккинчиси саноат захарли чиқиндиларини ҳисобга олиш ва сақлаш масалалари бўлиб, улар ўлка гигиенистларининг диққат марказида туриши лозим.

Атроф-муҳит муҳофазасида қўқаламзорлаштириш масаласи муҳим аҳамиятга эга. Яшил оламнинг соя салқин-у гўзаллигидан ташқари, тиббий-гигиеник жиҳатларини ҳисобга оладиган бўлсак, у ҳарорат ва ҳаво намлигининг мўътадиллигини таъминлайди, шамол кучини камайтиради, қўча шовқинини пасайтиради, ҳавони чанг ва зарарли газлардан тозалайди. Аммо ташқи муҳитни муҳофаза қилишда яна бир муҳим масала борки, у давлатлараро ҳамжиҳатликда ҳал қилинади. Бу ер қурраси халқлари учун ягона бўлган осмон муҳофазасини таъминлаш масаласидир. Жумладан, Ҳулоса ўрнида шунини айтиш жоизки, аҳоли ўртасида қўрилатган чора тадбирларга қатъий амал қилсак, табиат неъматларидан оқилона фойдалансак, экологик тоза маҳсулотларнинг самарадорлигини ошириб борсак мақсадга мувофиқ бўлади. Бундан ташқари, тоза ҳудуд тадбирларини жойларда мунтазам равишда такомиллаштириб борсак, ўз соғлиғимизга безътибор бўлмаётган бўламиз.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИГРЫ КАК СРЕДСТВА ВОСПИТАНИЯ

Буранова Н.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Исследования путешественников и этнографов, содержащие материал о положении ребёнка в обществе, находящемся на относительно низком уровне истории развития, дают достаточно оснований для гипотезы о возникновении и развитии детской игры. На разных стадиях развития общества, когда основным способом добытия пищи являлось собирательство с применением простейших орудий, игры не существовало. Дети рано включались в жизнь взрослых. Усложнение орудий труда, переход к охоте, скотоводству, мотыжному земледелию привели к существенному изменению положения ребёнка в обществе. Возникла потребность в специальной подготовке будущего охотника, скотовода и т.п. В связи с этим взрослые начали изготавливать орудия, являющиеся точной копией орудий взрослых, но меньшего размера, специально приспособленных для детей. Возникли игры - упражнения. Детские орудия увеличивались вместе с ростом ребёнка, постепенно приобретая все свойства орудий труда взрослых. Общество в целом чрезвычайно заинтересовано в подготовке детей к участию в будущем в самых ответственных и важных областях труда, и взрослые всячески содействуют играм-упражнениям детей, над которыми надстраиваются игры-соревнования, являющиеся своеобразным экзаменом и общественным смотром достижения детей. В дальнейшем появляется сюжетно-ролевая (или сюжетная) игра, в которой ребёнок принимает на себя и выполняет роль соответственно каким-либо действиям взрослых. Дети, предоставленные самим себе, объединяются и организуют свою особую игровую жизнь, воспроизводящую в основных чертах общественные отношения и трудовую деятельность взрослых.

Историческое развитие игры не повторяется. В онтогенезе хронологически первой является ролевая игра, служащая главным источником формирования социального сознания ребёнка в дошкольном возрасте. Таким образом, детство неотделимо от игры. Чем больше детства в культуре, тем важнее игра для общества.

Задолго до того, как игра стала предметом научных исследований, она широко использовалась в качестве одного из важнейших средств воспитания детей. Время, когда воспитание выделилось в особую общественную функцию, уходит в глубь веков, и в такую же глубь веков уходит и использование игры как средство воспитания. В различных педагогических системах игре придавалась разная роль, но нет ни одной системы, в которой в той или иной мере не отводилось бы место игре.

Игре приписывают самые разнообразные функции, как чисто образовательные, так и воспитательные, поэтому возникает необходимость более точно определить влияние игры на развитие ребёнка и найти её место в общей системе воспитательной работы учреждений для детей.

Необходимо более точно определить те стороны психического развития и формирования личности ребёнка, которые по преимуществу развиваются в игре или испытывают лишь ограниченное воздействие в других видах деятельности.

Исследование значения игры для психического развития и формирования личности очень затруднено. Здесь невозможен чистый эксперимент просто потому, что нельзя изъять игровую деятельность из жизни детей и посмотреть, как при этом будет идти процесс развития.

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИГРЫ КАК УМСТВЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

Буранова Н.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

В основе трансформации игры при переходе от дошкольного периода к школьному детству лежит расширение круга человеческих предметов. Овладение навыками исследовательской деятельности в средних классах идёт через игру. Теперь перед ребёнком встаёт задача исследовать мир, который осознаётся в ходе его дальнейшего психического развития как расширение круга предметов, с которыми ребёнок хочет действовать самостоятельно. В основе этой деятельности лежит «открытие» ребёнком нового мира, мира взрослых с их деятельностью, их функциями, их отношениями. Ребёнок на границе перехода от предметной к ролевой игре ещё не знает ни общественных отношений взрослых, ни общественных функций, ни общественного смысла их деятельности. Он действует в направлении своего желания, объективно ставит себя в положение взрослого, при этом происходит эмоционально-действенная ориентация в отношении взрослых и смыслах их деятельности. Здесь интеллект следует за эмоционально-действенным переживанием. Игра выступает как деятельность, имеющая ближайшее отношение к потребностной сфере ребёнка. В ней происходит первичная эмоционально-действенная ориентация в смыслах человеческой деятельности, возникает осознание своего ограниченного места в системе отношений взрослых и потребность быть взрослым. Значение игры не ограничивается тем, что у ребёнка возникают новые по своему содержанию мотивы деятельности и связанные с ними задачи.

В ходе экспериментальной работы мы пришли к следующей классификации основных этапов, через которые должно проходить формирование всякого умственного действия и связанного с ним понятия:

- этап формирования действия на материальных предметах или их материальных моделях-заменителях;
- этап формирования того же действия в плане вербальной и невербальной речи;
- этап формирования собственно умственного действия.

Рассматривая действия ребёнка в игре, легко заметить, что ребёнок уже действует со значениями предметов, но ещё опирается при этом на их материальные заменители - игрушки. Анализ развития действий в игре показывает, что опора на предметы - заместители и действия с ними всё больше сокращаются.

Если на начальных этапах развития требуется предмет - заместитель и относительно развёрнутое действие с ним, то на более позднем этапе развития игры предмет выступает через слово - название уже как знак вещи, а действие - как сокращённые и обобщённые жесты, сопровождающиеся речью. Таким образом, игровые действия носят промежуточный характер, приобретая постепенно характер умственных действий со значениями предметов, совершающихся на внешние действия.

Путь развития к действиям в уме оторванными от предметов значениями есть одновременно возникновение предпосылок для становления воображения. Игра выступает как деятельность, в которой происходит формирование предпосылок к переходу умственных действий на новый, более высокий этап - умственных действий с опорой на речь. Функциональное развитие игровых действий вливается в онтогенетическое развитие, создавая зону ближайшего развития умственных действий.

В игровой деятельности происходит существенная перестройка поведения ребенка - оно становится произвольным. Под произвольным поведением необходимо понимать поведение, осуществляющееся в соответствии с образом и контролируемое путём сопоставления с этим образом.

Игра представляет собой первую доступную для школьника форму деятельности, которая предполагает сознательное воспитание и усовершенствование новых действий.

Игра имеет значение и для формирования дружного детского коллектива, и для формирования самостоятельности, и для формирования положительного отношения к труду, а также формирует новое исследовательское отношение к изучаемому предмету. Все эти воспитательные эффекты опираются на свою основу, на то влияние, которое игра оказывает на психическое развитие ребенка, на становление его личности.

ЗНАЧЕНИЕ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ШКОЛЬНИКА

Буранова Н.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность игры в настоящее время повышается из-за перенасыщенности современного учащегося информацией. Телевидение, видео, радио, компьютерные сети в последнее время обрушивают на учащихся огромный объём информации. Актуальной задачей школы становится развитие самостоятельной оценки и отбора получаемой информации.

В ходе деятельности учащегося возникает противоречие между бурным развитием у него потребности в действии с предметами, с одной стороны, и развитием осуществляющих это действие операций - с другой. Учащийся хочет сам управлять автомобилем, он сам хочет грести на лодке, но не может осуществить этого действия потому, что он не владеет и не может овладеть теми операциями, которые требуются реальными предметными условиями данного действия. Это противоречие может разрешиться у учащегося только в одном-единственном типе деятельности, а именно, в игровой деятельности, в игре.

«Игра не представляет собой чего-либо случайного, она неизменно возникает на всех стадиях культурной жизни у самых разных народов и представляет неустранимую и естественную особенность человеческой природы. Они [игры] организуют высшие формы поведения, бывают связаны с разрешением довольно сложных задач поведения, требуют от играющего напряжения, сметливости и находчивости, совместного и комбинированного действия самых разных способностей и сил» - пишет Л.С.Выготский.

Г.К.Селевко определяет игру как «вид деятельности в условиях ситуаций, направленных на воссоздание и усвоение общественного опыта, в котором складывается и совершенствуется самоуправление поведением».

По нашему мнению, игра необычайно привлекательна для участников любого возраста. Учащиеся тратят массу сил, времени, творческой изобретательности на участие в играх, поэтому, став средством педагогики, игра может использовать весь этот потенциал в «конверсионных» целях. То есть, если мы вложим образовательное содержание в игровую оболочку, то сможем решить одну из ключевых проблем педагогики - проблему мотивации учебной деятельности.

Дидактические игры – это разновидность игр с правилами, специально создаваемых педагогикой в целях обучения и воспитания детей. Как уже было сказано выше, игры направлены на решение конкретных задач обучения детей, но в то же время в них проявляется воспитательное и развивающее влияние игровой деятельности. Необходимость использования дидактических игр как средства обучения детей в школьном возрасте определяется рядом причин.

Мотив и содержание учебной деятельности не соответствуют друг другу. Существуют различные трудности адаптации при поступлении ребёнка в школу (освоение им новой роли – роли ученика, установление взаимоотношений со сверстниками и учителями). Дидактическая игра во многом способствует преодолению указанных трудностей.

Дидактические игры различаются по обучающему содержанию, познавательной деятельности детей, игровым действиям и правилам, организации и взаимоотношениям детей, по роли преподавателя.

ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ

Буранова Н.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Поиск новых форм и приёмов организации урока в наше время - явление не только закономерное, но и необходимое. В условиях гуманизации образования существующая теория и технология массового обучения должна быть направлена на формирование сильной личности, способной жить и работать в непрерывно меняющемся мире, способной смело разрабатывать собственную стратегию поведения, осуществлять нравственный выбор и нести за него ответственность, т.е. личности саморазвивающейся и самореализующейся.

Большое образовательное значение имеет дидактическая игра, она тесно связана с обучением на занятиях, с наблюдениями повседневной жизни.

Дети учатся решать самостоятельно игровые задачи, находить лучший способ осуществления задуманного, пользоваться своими знаниями, выражать их словом.

Слова «игра», «играть» в русском языке чрезвычайно многозначны. Слово «игра» употребляется в значении развлечения, в переносном значении. В.Оконь говорит, что понятие об «игре» вообще имеет некоторую разницу у разных народов. Так, у древних греков слово «игра» означало собою действия, свойственные детям, выражая главным образом то, что у нас называется «предаваться ребячеству». У евреев слово «игра» соответствовало понятию о шутке и смехе. Впоследствии на всех европейских языках словом «игра» стали обозначать обширный круг человеческих действий, с одной стороны, не претендующих на тяжёлую работу, с другой, доставляющих людям веселье и удовольствие. Таким образом, в этот круг понятий стало входить всё, начиная от детской игры в солдатики до воспроизведения героев на сцене театра.

Нередко игра служит поводом для сообщения новых знаний, для расширения кругозора. С развитием интереса к труду взрослых, к общественной жизни, к героическим подвигам людей у детей появляются первые мечты о будущей профессии, стремлении подражать любимым героям. Всё это делает игру важным средством создания направленности ребёнка, личность которого начинает складываться ещё в детстве.

Таким образом, игровая деятельность является актуальной проблемой процесса обучения.

НОВЫЙ ПОДХОД К МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БИФИДОБАКТЕРИЙ

Бурибоева З.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бифидобактерии являются одними из наиболее широко известных и используемых в производстве пробиотиков. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека представляет собой комплексную экосистему, которая содержит представителей трех доменов живого: эукариоты, бактерии и археи. В норме в кишечнике преобладают бактероиды, молочнокислая микрофлора (бифидобактерии и лактобактерии), анаэробные стрептококки, кишечная палочка, энтерококки и другие микроорганизмы. Концентрация микроорганизмов в толстом кишечнике человека достигает 10^8 - 10^{12} клеток на 1 г содержимого (Huys et al., 2008). Самые многочисленные и представители полезной микрофлоры - это бифидобактерии. Вырабатывая молочную и уксусную кислоту, они препятствуют размножению патогенных микроорганизмов. Молочная кислота создает идеальную среду для работы кишечника. Бифидобактерии стимулируют перистальтику, предупреждая запоры и поносы, повышают иммунитет организма, разлагают некоторые канцерогены и вырабатывают витамины. Колонизация микробами ЖКТ человека начинается немедленно с появлением ребенка на свет и протекает под влиянием таких факторов, как питание ребенка (грудное или искусственное кормление), гигиенические условия. Одними из первых микробных колонизаторов, заселяющих кишечник ребенка, являются бифидобактерии. Однако в течение жизни численность бифидобактерии постепенно сокращается под воздействием процессов старения, стрессов и неправильного питания.

Цель исследования. Целью работы стала разработка нового подхода к детекции и идентификации штаммов бифидобактерий на уровне рода и вида с использованием в качестве молекулярной мишени гена фруктозо-6-фосфат-фосфокетолазы бифидобактерий, являющимся уникальным ферментом данной группы микроорганизмов.

Материалы и методы исследования. Исходя из физиологических особенностей би-бифидобактерий и их природных местообитаний, образцами служили экскременты здоровых новорожденных детей и различных животных.

Результаты исследования. Подобрана оптимальная питательная среда для устойчивого культивирования бифидобактерий. В качестве селективного компонента наиболее эффективно использование антибиотика мупироцина в конечной концентрации его 100 мкг/мл.

Установлено, что бифидобактерии хорошо переносят лиофильное высушивание без внесения дополнительных криопротекторных веществ, так как разработанная обогащенная бифидум-среда сама выступает в качестве криопротектора.

Пара праймеров Bif64 и Bif662 к гену 16S рРНК бифидобактерий обладает специфичностью к бифидобактериям на уровне рода и может быть использована для анализа.

На основе родоспецифической ПЦР с праймерами в области гена *xfr*, был разработан молекулярный тест для идентификации бифидобактерий, и была доказана его высокая специфичность.

На основе рестрикции амплифицируемого участка гена *xfr* был разработан видоспецифический тест для идентификации бифидобактерий, который позволяет идентифицировать виды *B.adolescentis*, *B.longum*, *B.bifidum*, *B.animalis* и подвиды *B.longum subsp. longum* и *B.longum subsp. infantis*, *B.animalis subsp. animalis* и *B.animalis subsp. lactis*.

На основании секвенирования участка гена *xfr*, амплифицируемого в новой родоспецифической ПЦР, был проведен сравнительный анализ путем построения молекулярного выравнивания и филогенетического дерева.

Вывод. Полученные данные могут найти применение при чтении курсов по промышленной микробиологии, биотехнологии и экологии микроорганизмов, а использованные в данной работе методы анализа, такие как, например, тест на определение активности Фр-6-Ф-фосфокетолазы бифидобактерий может быть включен в курс практических занятий для студентов-микробиологов вузов.

РАЗРАБОТКА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕД ДЛЯ ИНДИКАЦИИ САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

Бурибоева З.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наиболее важным этапом микробиологического исследования является выделение и идентификация возбудителей, определение их родовой и видовой принадлежности с использованием питательных сред, что, в свою очередь, поможет решить сложные и ответственные задачи микробиологической диагностики заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия. Вопросы расширения номенклатуры производства питательных сред, улучшения их ростовых и дифференциально-диагностических свойств, внедрение в лабораторную практику методик, позволяющих сократить время исследования, не теряют значимости.

Принимая во внимание указанное выше, остаётся актуальной задача создания эффективных, стандартных, дающих стабильные результаты бактериологических питательных сред для выделения энтеробактерий, позволяющих повысить надежность санитарно-бактериологического мониторинга.

Цель исследования. Научно-экспериментальная разработка прописей бактериологических питательных сред, оценка качества и усовершенствование методов их применения для индикации возбудителей кишечных инфекций.

Материалы исследования. Штаммы микроорганизмов, используемые для определения специфической активности разработанных питательных сред: 14 родов 147 видов возбудителей кишечных инфекций полученные из Государственной коллекции патогенных микроорганизмов.

Результаты исследования. Обосновано использование железо-глюкозо-лактозного агара с мочевиной для проведения первичной идентификации по отношению к углеводам и мочеvine представителей родов *Yersinia* и *Vibrio*.

На основе разработанного панкреатического гидролизата желатина создана новая, высокочувствительная, флюорогенная питательная среда (ФСБ), позволяющая значительно сократить время исследования.

Отработана технология изготовления сред Эйкмана в одноразовой индивидуальной упаковке, простерилизованных у-облучением для исследований проб воды. В отличие от коммерческих сред, разработанные среды Эйкмана с глюкозой и лактозой содержат индикатор бромтимоловый синий, что дает возможность более точно интерпретировать результаты анализа.

По результатам исследования были разработаны, согласованы и утверждены ТУ, промышленные регламенты, инструкции по применению, а также зарегистрированы в установленном порядке и разрешены к применению питательные среды Эйкмана с лактозой (глюкозой), Кесслера-ГРМ, SDS-бульона.

В результате проведенных испытаний разработанных питательных сред в бактериологических лабораториях доказана их высокая эффективность. Произведенные с момента внедрения, разработанные питательные среды позволили качественно провести в баклабораториях различного уровня около восьми миллионов бактериологических исследований по обнаружению БГКП.

Вывод. Представители семейства Enterobacteriaceae, (энтеробактерии) играют важнейшую роль в патологии человека, вызывая инфекционные процессы различной тяжести. Идет интенсивный процесс детализации таксономического положения отдельных родов и видов, выявление и описание новых. Поэтому, вполне естественно, что и бактериологам, и клиницистам приходится следить за новой информацией. Многие редкие виды не включены в базы данных наиболее распространенных коммерческих тест-систем, что затрудняет идентификацию этих микроорганизмов. Облегчает ситуацию тот факт, что использование бактериологического метода с применением набора питательных сред остается «золотым стандартом» обнаружения, выделения и идентификации микроорганизмов с типированием их родовой и видовой принадлежности.

ТИББИЁТДА ФРАКТАЛ ЁНДАШУВ: ФАЛСАФИЙ ТАҲЛИЛ

Гаффарова Г.Ғ.
ЎзМУ

Замонавий илм-фанда фракталларга катта эътибор берилади, чунки қўплаб табиий ва маданий ҳодисалар фрактал хусусиятларга эга. Зеро, инсоннинг яхлит саломатлиги таркибига кирувчи асосий таркибий қисмларнинг хусусиятларини тушунтиришда фрактал ёндашувдан фойдаланиш имкониятлари мавжуд. Баъзи адабиётларда фрактал ёндашув нуктаи назаридан "соғлиқ" тушунчасининг таърифини беришган. Хусусан, соғлиқ, чизиксиз, синергияли, динамик ҳодиса сифатида инсон маданиятининг ажралмас қисми, унинг ижтимоий фаоллиги, ҳулқ-атвори ва дунёга мазмунли муносабати кўрсаткичидир.

Ҳозирги вақтда шифокорлар фаолиятида замонавий тиббий асбоб-ускуналардан фойдаланиш самарадорлигини сезиларли даражада ошириш мақсадида фрактал ёндашувнинг замонавий илм-фан ва ривожланаётган тиббиёт ўртасидаги муносабатларнинг аҳамиятига оид илмий тадқиқотлар долзарб ҳисобланади.

Маълумки, фрактал ёндашув фанда илмий билиш методологияси сифатида кенг қўлланилади. Илмий билиш методологияси сифатида фрактал ёндашувнинг аҳамияти биринчи бор аниқланди, бу замонавий илм-фан ва ривожланаётган тиббиётнинг йўқолган алоқаларини очиб беради. 2012 йилда Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг ялпи мажлисида дунё ҳамжамияти олдида қуйидаги асосий муаммолар ва яқин келажакда соғлиқни сақлашнинг тегишли устувор йўналишлари белгилаб берилган: юрак-қон томир ва онкологик касалликлар, қандли диабет ва сурункали обструктив ўпка касалликлари ҳужжати қабул қилинди. Сўнгги йилларда дунёнинг аксарият мамлакатларида ушбу касалликлар билан касалланиш ва ўлим кўрсаткичи сезиларли даражада ошди, юрак-қон томир касалликлари биринчи ўринни эгаллади.

Айтиш керакки, тиббиёт ҳам фан, ҳам амалий фаолиятдир, аммо табиат қонунларига асосланган тиббиётнинг илмий томони эътибордан четда қолмоқда, бу шифокорлар томонидан замонавий тиббий асбоб-ускуналарни ишлаб чиқишга тўсқинлик қилмоқда, амалий тиббиёт унинг ривожланишидаги турғунлик ва инкирозга, шифокорлар илмий билимлар методологиясидан фойдалана олмайди.

Инсон танаси жуда кўп мураккаб тузилмалар билан тўлган. Масалан, бронхлар, юракнинг баъзи қисмлари, буйрак тизими, катта қон ва капилляр тармоқлар ва бошқалар.

Ж. Глейк фикрича, фракталлар - бутун қисмга ўхшаш қисмларга майдалаш натижасида олинган ёки бир хил конвертация қилинган, ўлчовлар қамайганда такрорланадиган геометрик рақамлар. Фрактал ўлчов аслида тартибсиз эгри чизикларидир. Фракталларнинг бу ўзига хос хусусияти уларни ишлатишда биология ва тиббиёт соҳасида улкан афзалликларни беради. Дарҳақиқат, тирик тизимларнинг қўлаб мураккаб тузилмалари ва, хусусан, инсон танаси фракталга ўхшаш геометрияни намоён этади, бу уларни моделлаштиришга имкон беради ва шунинг учун фрактал таҳлил ёрдамида ушбу ҳодисаларни миқдорино аниқлашга имкон беради.

Шуни таъкидлаш керакки, инсоннинг барча тизимлари ва органлари "олтин қисм" (ф) нисбати бўйича қурилган чизикли бўлмаган фрактал тузилмалардир. Аортадан капиллярларга, асаб ҳужайраларига, ичак крипталарига, бронхиал дарахтга, миёга, иммунитет тизимига, жигарга, буйракларга ва вестибуляр аппаратларга қадар бўлган қон томирлари одамнинг чизиксиз фрактал тузилмаларига мисолдир. Аслида, инсон танасининг бутун жисмоний тузилиши табиатда фракталдир.

Табиатда топилган фракталларнинг кўпи учун (булут чегаралари, қирғоқлар, дарахтлар, ўсимлик барглари, мерсан ва бошқалар) кичикрок элементлар каттароқларига ўхшаш, аммо бир хил эмас. Айнан шундай фрактал жисмлар квазифракталлар деб номланади - улар идеал мавҳум фракталлардан структуранинг такрорланишининг тўлиқ эмаслиги ва ноаниқлигида фарқ қилади.

Фрактал ёндашишнинг замонавий илм-фаннинг методологияси сифатида аҳамияти биринчи бор аниқланди, замонавий илм-фаннинг йўқолган алоқаларини тиклади ва тиббиёт ривожланди. Фрактал методология асосида биринчи марта тиббий ва биологик сигналларни (электрокардиограммлар) ўрганиш методикаси сифатида ўлчов ва ҳисоблаш тизимларини математик моделлаштириш усулларини қўллаш учун имкониятлар спектри яратилди. Замонавий илм-фан

ва тиббиёт ўртасидаги муносабатларнинг асоси сифатида фрактал методологиядан фойдаланиш орқали тиббиётда мавжуд кризисни энгаш учун биринчи қадам қўйилди. Ушбу инқирозни бартараф этиш истикболлари тензор методологияси, квант механикаси, квант маълумотлари назарияси, сунъий ақл, методология сифатида наносфера, фанлараро тадқиқотлар стратегияси ва бошқалар каби бир қатор илмий методологияларнинг қўлланилиши билан боғлиқ.

ОСНОВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОРОВ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РАЗДЕЛЕНИЯ СИГНАЛОВ

Гоипов Э.А., Хомидов М.Э

Андижанский государственный медицинский институт

В данной статье рассматриваются модели высокоэффективных специализированных процессоров, используемых для параллельной обработки данных, как часть решения проблемы извлечения отдельных сигналов из аддитивной смеси нескольких сигналов. Предложенные модели рекурсивных, не рекурсивных и основанных на регуляризации параллельных специализированных процессоров обеспечивают универсальность при решении задачи разделения сигналов с помощью различных алгоритмов. Преимущество процессоров на основе регуляризации состоит в том, что они делают решение устойчивым в условиях, когда параметры объектов демонстрируют ожидаемую неопределенность, когда обратная задача разделения сигналов некорректна.

В этой статье представлены короткие результаты, полученные нами в результате асимптотического анализа сложности вычислений. Результаты определяют время, необходимое для решения проблем с помощью специализированных процессоров. Распараллеливание вычислений является общепринятым подходом к сокращению времени, необходимого для решения проблемы разделения сигналов. Параллельные алгоритмы разделения сигналов были разработаны для многоядерных процессоров, многопроцессорных систем с общей и распределенной памятью и многокомпьютерных систем. Это решение необходимо во многих практических областях, таких как мониторинг и диагностика технических средств, связь, медицинская диагностика, обработка речи и изображений.

Это связано с тем, что в сложных устройствах измеренные сигналы представляют собой аддитивную смесь сигналов, полученных от многих компонентов, и в большинстве практических применений извлечение параметров, описывающих состояние конкретных компонентов, невозможно без разделения сигналов. Следующее значительное улучшение производительности возможно за счет использования специализированных процессоров, архитектура и вычислительные процессы которых наиболее соответствуют структуре алгоритма для рассматриваемого класса задач.

Основным преимуществом разработки параллельных специализированных процессоров для разделения сигналов, когда параметры объектов демонстрируют ожидаемую неопределенность, и асимптотический анализ вычислительной сложности параллельной обработки для определения условий для эффективного использования процессоров.

Данный подход привести к сокращению времени для решения больших проблем, снижению требований к оборудованию, сокращению времени выполнения каждого решения, позволяя вам анализировать больше данных в большом количестве условий за более короткое время.

АУДИТОРНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ВУЗАХ НЕЯЗЫКОВЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Гофурова Ю.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Повысить качество подготовки специалистов для медицины в части владения русским языком – это значит вооружать его знаниями, умениями, навыками, которые позволят ему использовать русский язык, как средство информационной деятельности, систематического пополнения своих знаний и профессиональных общений. Одним из кардинальных условий повышения эффективности учебного процесса по русскому языку является совершенствование его построения. Наши наблюдения показали, что постановка целей, построение структурных занятий по реализации этих целей часто представляют собой определенные трудности, особенно для начинающих ассистентов, преподавателей. Это объясняется тем, что в методической литературе вопросам типологии в неязыковых вузах почти не уделяется внимание, хотя их классификация имеет как теоретическое, так и практическое значение. Отсутствие точности и обоснованности типологии уроков препятствует повышению эффективности практической деятельности. Знание и понимание типичного на занятиях необходимо каждому преподавателю для рационального планирования управления деятельностью студентов на каждом отрезке педагогического процесса. Тип аудиторного занятия по русскому языку понимается нами как обобщенный образец типового занятия, вычлененного из определенной группы занятий и предполагающего формирование языковых и речевых навыков и умений конкретного уровня готовности к самостоятельной деятельности. В методике критерии классификации занятий отражают понимание занятия как отрезка педагогического процесса по формированию речевых навыков и умений студентов. Критерии классификации занятий должны отражать, с одной стороны, развертывание процесса обучения в динамике, другой – способы организации взаимодействия и студентов и взаимодействие студентов друг с другом при выполнении самостоятельной работы. Опираясь на коммуникативный комплексный подход к процессу обучения, каждое аудиторное занятие мы рассматриваем как целостный внутренний процесс, единый организованный комплекс взаимодействия преподавателя и студентов и взаимодействия студентов друг с другом при выполнении самостоятельной работы.

ПЛАНИРОВАНИЕ МЕР ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Гофурова Ю.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В наши дни одним из главных проблем в мире является решение проблем, связанных со здоровьем. Эта задача непростая. Изменить поведение человека нелегко. Это процесс, требующий время и больших систематических усилий. На здоровье человека оказывает влияние множество различных факторов, поэтому для решения возникающих со здоровьем проблем не бывает простых и универсальных решений. При выборе подходящей стратегии деятельности, необходимо, прежде всего, основательно проанализировать, какие факторы стали причиной возникновения именно этой проблемы со здоровьем. Здесь важна компетентность. Планируя те или иные действия, следует исходить из конкретных причин данной проблемы – только так можно избежать планирования неэффективных мер. Надо постоянно задаваться вопросом «Почему?», т.е. как можно глубже вникать в причины, лежащие в основе каждого решения, факта или мнения.

Недостаточно заниматься только лишь повышением сознательности населения. Значительно большее влияние, чем сознательность, на поведение человека оказывает целый ряд других факторов: навыки, нормы, менталитет, мотивация, привычки, физическое окружение, психосоциальная среда, социально-экономический статус..

При этом недостаточно заниматься только одним фактором, например сознательностью, этим поведение человека не изменишь. Работа по информированию населения не является волшебной палочкой, это лишь маленькая гайка в большой машине, формирующей поведение человека.

Работа по информированию весьма неблагодарное дело, ведь нередко у тех, кто ее проводит, возникает ощущение, что они стараются изо всех сил, а поведение человека все равно не меняется. Разовые меры не эффективны.

Для достижения результатов по формированию здорового образа жизни нужны комплексные меры. Маловероятно, что вам удастся добиться значительных и устойчивых изменений в поведении человека какими-то одиночными действиями. Следует планировать и реализовывать мероприятия, которые будут охватывать как можно большее число поведенческих факторов и эффективно использовать ресурсы.

Питание, физическая активность, информативность, мотивация - это не все, что может оказывать непосредственное влияние на состояние здоровья человека, а также влияет на все сферы деятельности человека, и в т. ч. и на процесс выздоровления в случае болезни, и на чувство собственного достоинства человека.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ В ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАШЕГО ОБЩЕСТВА

Гофурова Ю.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Физическая активность Что такое физическая активность?

Под физической активностью подразумевается вся ежедневная деятельность человека, в ходе которой он задействует свои мышцы. Физическая активность требует больших затрат энергии. Ежедневная оптимальная физическая активность позволяет человеку поддерживать свое тело в хорошей форме, сохранять или укреплять свое здоровье. Возможности физической активности в повседневной деятельности человека:

на рабочем месте (рабочие задания, требующие физического напряжения) дома (уборка, садово-огородные работы, прогулка с собакой); ежедневная нагрузка (бежать на автобус, нести из магазина пакеты, подниматься или спускаться по лестнице); передвижение к месту назначения (пешком, на велосипеде); хобби и свободное время (танцы, плавание, занятия в тренажерном зале, скандинавская ходьба, прогулки, катание на велосипеде, бег и проч.); любительский спорт (занятие каким-либо видом спорта с целью восстановления нормального самочувствия и работоспособности); профессиональный спорт (занятие каким-либо видом спорта с целью добиться определенного спортивного результата). Главной задачей повышения физической активности населения является ее интегрирование в их повседневную жизнь. Только регулярная физическая нагрузка может существенно улучшить здоровье людей. Взрослым для поддержания здоровья достаточно 30 минут (не обязательно непрерывных) умеренной или высокой интенсивности физических нагрузок ежедневно не менее 5 дней в неделю. Детям же необходимо не менее одного часа ежедневно.

Физические занятия делают человека не только внешне более привлекательным, но и укрепляют бодрость тела и духа, снижают стресс и создают хорошее настроение. Занятия в группах дают дополнительные преимущества: возможность проводить время с близкими людьми, заводить новые знакомства, «укрепляют чувство локтя». Спортивные занятия позволяют человеку разнообразить свой досуг, дарят ему радость общения и совместной деятельности. Кроме того, работая в саду или прогуливаясь на природе, он получает и эстетическое удовольствие, любясь окрестными красотами. Регулярная физическая активность не только положительно сказывается на физических способностях человека, она также снижает стресс и создает хорошее настроение; позволяет человеку разнообразить его досуг; дарит возможность испытать радость общения; групповые занятия спортом приносят и социальный компонент, давая возможность проводить время с близкими людьми и укрепляя чувство командного единства; дарит эстетическое переживание, позволяет наслаждаться окрестными красотами во время занятий или прогулок на природе. Регулярная физическая активность положительно сказывается и на здоровье человека, помогает снизить: лишний вес; высокое кровяное давление; риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы; риск развития рака толстой кишки; заболеваемость диабетом; симптомы депрессии. Окружающая среда оказывает значительное влияние на образ жизни людей и их физическую активность. Создание благоприятных условий окружающей среды способствует тому, что человек выбирает для себя именно эту модель поведения. Если окружающая среда не стимулирует двигательную активность человека, то и ему бывает сложно изменить свой образ жизни, т.к. это может потребовать от него дополнительных усилий, прилагать которые он, бывает, не согласен или просто не хочет.

ИЗУЧЕНИЕ ЯЗЫКОВ И ЕГО РОЛЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Гофурова Ю.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В мире все нации и народности общаются друг с другом при помощи языковых средств. Каждый естественный язык в процессе своего развития прибегает к заимствованию слов из других языков. Такое перенимание является результатом взаимоотношений и контактов разных народов и государств.

Причина заимствования иностранной лексики обусловлена отсутствием соответствующих понятий в словарном запасе некоторых народов. Заимствование далеко не новое явление, это происходит уже не первый век. Так, современный русский язык буквально напичкан англицизмами, благодаря масс-медиа, Интернету и индустрии маркетинга. На бизнес-ланч гораздо более привлекательно, чем сходить на обед. Даже если вы едите то же самое.

В наши дни английский, русский языки – межкультурные средства общения. Это вполне объяснимо, ведь они опережают другие социумы во всех сферах развития. Эти языки посредством интернет - пространства, в частности, социальных сетей, помогают взаимодействовать людям разных стран и культур. Его учат все и повсеместно: в школах, университетах, на курсах. А в наш век цифровых технологий любой желающий может выучить эти языки по скайпу, не выходя из дома. Подразумевается, что любой образованный человек просто обязан владеть языками, так как именно они являются его ключом к дальнейшему самообразованию и самосовершенствованию. Поэтому сейчас существует так много организаций, предлагающих научить вас языкам. Однако не стоит думать, что сделать это так легко. Обучение любому языку является долгим процессом, который требует определенных затрат, как умственных, так и финансовых. И все-таки учить английский, русский языки, наряду с другими языками, стоит. Хотите путешествовать и не чувствовать себя белой вороной, а свободно общаться с людьми разных национальностей? Хотите стать студентом зарубежного университета? Хотите престижную работу с продвижением по карьерной лестнице? А, может, вы желаете работать за границей? Совет один – изучайте языки. Ведь со временем вы все равно поймете, что большая часть мировой переписки осуществляется на других языках, 80% информации на компьютерах хранится на английском и русском языках. Знание иностранных языков в современном мире является своеобразным окном в мир. Владея языками международного общения, вы сможете достичь поставленных целей с помощью новых возможностей. И вы обязательно поймете, что значение их не преувеличено. Новые слова стали употребляться большей частью населения, независимо от пола и социального статуса.

Сегодня все больше людей осознают необходимость изучения иностранных языков и это вполне понятно, ведь они довольно важны и имеют огромное значение во многих профессиях. Многие люди изучают языки т.к. это является неизменной частью в их работе, для некоторых это обычное хобби, а есть и те, которым знание языков нужно для того, чтобы путешествовать по миру. Это также очень удобно при переписке или же общении с жителями других зарубежных стран. К тому же благодаря знанию того или иного языка возможно прочтение книг знаменитых писателей в их оригинальном виде.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭЛЕКТРОЛИТА НА ОСНОВЕ РАСТЕНИЯ РОГОЗЫ

Гуламов Ш.А., Муминова Г.М., Худойбердиева Х.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ранее нами были исследованы некоторые физические свойства волокносодержащего растения рогозы. В частности, изучены механические свойства стеблей этого растения. Обнаружена остаточная деформация и выявлено, что данные листья обладают достаточной прочностью, в связи с этим были рассчитаны модули упругости данных листьев. В литературе приводятся данные об использовании этого растения в фармакологических целях и в пищевой отрасли. Но данные об электрофизических характеристиках и химических свойствах корневища этого растения весьма скудны, поэтому исследование этих свойств является весьма актуальной задачей.

Цель исследования. Целью данной работы является исследование физико-химических свойств корневища рогозы на основе приготовленных растворов и проведение исследований на предмет обнаружения микроэлементов в данных образцах.

Методика исследования. Корневища рогозы были отобраны в рыбных озерах с большим количеством этого растения (Республика Узбекистан, Андижанская область, Джалалкудукский район). После тщательной очистки материала, в исследуемых образцах были отделены следующие три части: **1. Центральная - ствол** **2. Мягкая часть.** **3. Кожура.** На основе данных частей были приготовлены настойки в дистиллированной воде, которые выдерживались в течение 30 дней. Приготовленные образцы были разделены на две группы, одна из которых выдерживалась в полной темноте, другая находилась под воздействием естественного светового излучения. В специальную электрическую ванну наливали исследуемые жидкости, и с помощью собранной электрической схемы определялась их электрическая проводимость.

Результаты исследования. Исследования показали, что электрическая проводимость исследуемых жидкостей похожа на свойства электролитов, т.е. токопроводящими частицами в них являются положительные и отрицательные ионы. Силу тока, протекающего через электролит, можно определить следующей формулой: $I = n q \alpha (b_+ + b_-) (U/L) S$, где n – концентрация молекул в электролите, q – электрический заряд ионов, α – коэффициент диссоциации, подвижности b_+ и b_- – подвижности положительных и отрицательных ионов соответственно, U – электрическое напряжение. Если предположить, что электролит, в электролитической ванне приобретает форму прямоугольного параллелепипеда, то S – площадь его поперечного сечения, L – толщина электролита. Согласно закону Ома, для участка цепи силой тока $I = U/R$, где R – электрическое сопротивление электролита. Тогда его можно будет определить при помощи следующей формулы: $R = (L/S) [n q \alpha (b_+ + b_-)]^{-1}$. С учетом геометрических размеров электролита электрическое сопротивление и удельное электрическое сопротивление связаны при помощи следующей формулы: $R = \rho L/S$, где ρ – удельное

электрическое сопротивление электролита. Если учесть, что удельная электрическая проводимость и электрическое сопротивление связаны следующим образом: $\gamma = 1/\rho$, то электрическую проводимость электролита можно будет определить с помощью следующей формулы: $\gamma = n q a (b_+ + b_-)$. Отсюда следует, что электрическая проводимость исследуемых электролитов, будет зависеть от концентрации ионов, заряда ионов и подвижности ионов. То есть, чем больше подвижность ионов, тем больше электрическая проводимость электролита. С учетом вышеприведенных формул можно получить, следующую расчетную формулу: $\gamma = I L / U S$.

Таким образом, экспериментально измеряя силу тока, протекающего через подготовленные жидкости, и одновременно определяя электрическое напряжения, т.е. снимая вольт-амперные, характеристики образцов, можно определить электрическую проводимость исследуемых образцов.

Выводы. Из полученных экспериментальных данных мы можем предположить, что возникновение электрической проводимости в исследуемых образцах связано с положительными ионами (катионами) Kat^+ : H^+ , N_2^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} и отрицательными ионами (анионами) An^- : OH^- , HCO_3^- , $H_2 PO_4^-$, $H_2 PO_4^{2-}$, где H^+ - ион водорода, H^+ - ион натрия, K^+ - ион калия, Ca^{2+} - ион кальция, Mg^{2+} - ион магния, OH^- - ион гидроксида, HCO_3^- - ион гидрокарбоната, $H_2 PO_4^-$ - ион дигидрофосфата и $H_2 PO_4^{2-}$ - ион гидрофосфата, которые используются как пищевые добавки.

ДЕФОРМАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖИВЫХ ТКАНЕЙ ОРГАНИЗМА

Гуламов Ш.А., Наимов Э.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Живые ткани органов человеческого организма повседневно испытывают различного рода механические воздействия, которые приводят к изменению их геометрических размеров. И это явление называется деформацией. Если деформации исчезают после прекращения действия приложенных сил, то они называются упругими. Деформации, частично сохраняющиеся после снятия нагрузки, называются пластическими. Разделение деформаций на упругие деформации и пластические условно. Строго говоря, после любой нагрузки, сохраняются остаточные деформации. Весь вопрос в том, на какое время оно сохраняется или же остается постоянным и какова его величина для каждой ткани живого организма.

Таким образом, возникшие изменения в геометрии исследуемого тела характеризуются деформационными характеристиками, такими как, деформация или относительное удлинение, механическое напряжение и модуль упругости (модуль Юнга). Например, механические воздействия на ткани органов осуществляются при хирургических операциях на сигмовидной кишке, мочеточниках, при пластических операциях на кожных тканях, не говоря уже о различных травмах головного мозга, позвоночника или в целом костной скелетной части живого организма. Во всех этих случаях, ткани органов деформируются. Каждая ткань имеет свой предел прочности, и определение данных пределов с учетом деформационных характеристик является актуальной задачей в практической медицине.

Цель исследования. Целью данной работы является изучение деформационных характеристик мочеточника овцы. На основе полученных данных определение предела его прочности.

Материалы исследования и методы. Для исследования был отобран мочеточник овцы (1,5 года). Длина мочеточника составляла $L = 40$ см, средний внешний диаметр мочеточника 0,3 см. Деформация осуществлялась методом линейного растяжения. Растяжение осуществлялась на специально собранной установке с микрометрическим измерителем с точностью 0,1 ммк. Внешняя нагрузка осуществлялась с помощью грузов имеющих массы от 50 г до 500 г.

Результаты исследования. На основе полученных экспериментальных данных получена зависимость механического напряжения от деформации [$\sigma = f(\epsilon)$] мочеточника овцы и построены соответствующие графики этих функций. На данных графиках обнаружены область эластичной деформации, область самопроизвольного удлинения (т.е. область текучести) и область предела прочности.

Вторая часть эксперимента посвящалась исследованию зависимости деформации от времени, т.е. наблюдению изменения деформации от времени, после того, когда убиралась нагрузка на мочеточнике овцы. На графике зависимости деформации от времени $\epsilon = f(t)$ наблюдается экспоненциальное уменьшение деформации от времени.

Вывод. В основе понимания исследованных зависимостей лежат следующие физические процессы. Всякая деформация представляет собой смещение молекул тела, а всякое движение может быть сведено к поступательному и вращательному движению. Так как два движения независимы, то и деформации, связанные с ними, например удлинение и кручение, будут независимы.

Таким образом, методы определения деформационной характеристики и их величины могут быть полезны в практической хирургии.

АХБОРОТ-КОММУНИКАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ ЎРНИ

Деятов С.А., Минаваров Р.А.

Андижан давлат тиббиёт институти

Ҳозирги вақтда фан тараққиёти ва у билан биргаликда техника тараққиёти жадал ривожланмоқда. Таълим соҳасининг ривожини нафақат Республикаимиз миқёсида, балки жаҳон миқёсида ўзаро алоқаларни мустаҳкамлаш орқали мукаммаллаштириши лозимлиги бугунги куннинг талабига айланди. Фан ва техника ютуқларини таълим тизимида узлуксиз қўллаш ўқитиш усуллари сифатини ва самарадорлигини оширишни такомиллаштиради. Таълим тизимида замонавий ахборот-коммуникацион технологияларидан фойдаланишга бўлган талаблар йилдан-йилга ортиб бормоқда.

Андижон давлат тиббиёт институтининг реабилитология ва жисмоний тарбия кафедрасида даволаш, тиббий педагогика, тиббий профилактика, стоматология факультетлари 3 ва 6-босқич талабаларига

«Реабилитология» фанидан маъруза ва амалий машғулот дарслари олиб борилади. Кафедраданинг барча ўқув хоналари компьютерлар билан таъминланган ва интернет тармоғига уланган. Реабилитология дарсларида ахборот-коммуникацион технологияларидан фойдаланиш бир қанча қулайликларни яратмоқда. Дарс мобайнида талабаларга мавзуга оид видеофильмлар, видеороликлар, анимациялар, тест саволлари, вазиятчи масалаларнинг электрон шакли билан мустақил ишлаш имконияти мавжуд. Бундан ташқари, интернет тизими орқали реабилитология тўғрисида қўшимча маълумотларга эга бўлмоқдалар. Талабалар интернет тармоғидан фойдаланиб дарс жараёнидаги мустақил ишларни бажариш имкониятига эгадир. Дарс жараёнига бундай ёндошиш ўқитувчи ва талабага вақтдан унумли фойдаланиш имконини кенгайтирмоқда.

Ўқув хоналаридаги компьютерларга кафедранинг ўқув фаолиятига тегишли бўлган барча маълумотлар, хусусан ўқув-услубий мажмуа, календарь тематик режа, ягона методик тизимлар, электрон дарсликлар, маърузаларнинг электрон шакли, амалий машғулотлар учун аудио- ва видеоқўлланмалар, мультимедиялар, амалий кўникмалар тўплами, магистратура талабалари учун ўқув дастури ва бошқаларнинг электрон шакли жойлаштирилган.

Кафедрада ахборот-коммуникацион технологияларнинг маълумотлар базаси яратилган. Ҳозирги кунда ушбу базага реабилитология фанидан 25 та мавзуга анимация кўринишидаги мультимедиялар ва аудиофильмлар, 15 та видеороликлар ҳамда 10 та электрон дарсликлар жойлаштирилган ва улардан маъруза, амалиёт дарсларида самарали фойдаланилмоқда.

Бундан ташқари барча маъруза ва амалий машғулотларга кейс-технологиялар тайёрланди ва улар ҳам кафедра компьютерларига жойлаштирилмоқда.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА И МЕТАБОЛИЗМА ЛИМФОЦИТОВ ОТ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

*Джалалова О.К., Хамрокулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Шерматов И.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Метастазы злокачественных опухолей значительно осложняют течение заболевания. При этом метастазирование развивается не только на поздних стадиях развития опухоли, но в ряде случаев уже на ранних стадиях заболевания метастазы обнаруживаются в региональных лимфоузлах. Особенно актуальны исследования иммунных механизмов при метастазировании у больных раком легкого. Связано это с тем, что в настоящее время рак легкого занимает первое место в структуре онкологических заболеваний, причем значительную часть больных выявляют уже на IV стадии заболевания, то есть в условиях метастазирования опухоли.

Цель исследования. Изучить состояния иммунной системы и метаболизма лимфоцитов крови у больных раком легкого в зависимости от метастазирования опухоли.

Материалы и методы. В Андижанской районной поликлинике обследовано 4 больных мужского пола с раком легкого. Кровь на исследование забиралась на следующий день после поступления. Наличие метастазов в лимфоузлах корня легкого определяли гистологическим методом. В качестве контроля обследовано 16 здоровых мужчин. Фенотип лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции. Концентрацию иммуноглобулинов класса в сыворотке определяли методом иммунодиффузии.

Результаты. При исследовании состояния клеточного иммунитета у больных раком легкого в зависимости от метастазирования обнаружено значительное сходство изменений величин исследуемых показателей относительно контроля в группах больных без метастазов и с метастазами в лимфоузлы. Так, независимо от метастазирования в лимфоузлы у больных мужчин повышается концентрация лейкоцитов в периферической крови, снижается относительный уровень общих лимфоцитов. Независимо от метастазирования у больных мужчин относительно контрольных значений повышается концентрация IgA и снижается уровень IgG в сыворотке крови. Также независимо от метастазирования в лимфоузлы снижается уровни относительного синтеза IgA, IgM и IgG. Одна ко только у больных раком легкого с метастазированием в лимфоузлы корня легкого статистически достоверно повышается сывороточная концентрация IgM. При исследовании состояния метаболического статуса иммунокомпетентных клеток крови у больных раком легкого обнаружены более выраженные особенности в зависимости от метастазирования в лимфоузлы. Так, только у больных мужчин без метастазирования в лимфоцитах крови статистически достоверно снижается активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и повышается уровень глутатионредуктазы.

Выводы: При исследовании метаболического статуса лимфоцитов крови обнаружены изменения, характерные для больных раком легкого вообще и специфические для групп больных с отсутствием и наличием метастазов в лимфоузлах. Наиболее выраженными общими особенностями метаболизма лимфоцитов при раке легкого является ингибирование анаэробных процессов и разбалансировка ферментативных реакций цикла трикарбоновых кислот. Различия в метаболических реакциях лимфоцитов у больных при отсутствии и наличии метастазирования опухоли определяются уровнем пластических и антиоксидантных реакций.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

*Джалалова О.К., Хамрокулов Ш.Х., Тоджибаева Н.Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. На сегодняшний день остаются недостаточно изученными, но актуальными вопросы, что постоянное, регулярное и систематическое психоэмоциональное расстройство неизбежно приводит ко многим заболеваниям, и в том числе онкологическим заболеваниям. В человеческом организме все взаимосвязано и гармонично. Болезнь же возникает при нарушении гармонии души и тела, изменении гомеостаза (постоянства внутренней среды). Мы часто не обращаем внимания на плохой сон, раздражительность, хроническую усталость, различные болевые ощущения,

когда организм сигнализирует нам о той или иной неисправности. Известно, что хронический стресс способствует возникновению рака.

Результаты. Исследования показали, что раковые пациентки перенесли какое-то горе, например, что у 3 больных выявлена потеря родных и близких, 11 больных женщин - пережили развод, 14 больных - смерть ребёнка, у 12 больных проблемы с социальными факторами. Из 250 больных у 40 выявлено онкозаболевание.

Вывод. Иммунная система не только осуществляет защиту организма от инфекций и собственных опухолевых клеток, но и участвует в восстановлении повреждённых клеток разных органов и систем организма. Некоторые химические канцерогены могут образовываться и внутри самого организма в ходе различных метаболических реакций, поэтому вероятность опухолевой трансформации клетки нельзя теоретически исключить, даже если устранить из окружающей среды все возможные канцерогены. Поэтому наибольшее внимание среди онкологических рисков следует уделить именно состоянию иммунитета, чтобы возникающие раковые клетки уничтожались здоровой иммунной системой, не успев перерасти в глобальный опухолевый.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЖИРОВ В БЕЛКОВО-ЖИРОВЫХ СУБСТРАТАХ НА ПРОТЕОЛИТИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОГО И ЖЕЛУДОЧНОГО СОКОВ

*Джалолова О.К., Алейник В.А., Хамрокулов Ш.Х., Хужаков М.О.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Информацию о механизмах пищеварения можно получить при изучении очищенных субстратов (белков, жиров, углеводов), однако такие данные не являются прогностическими для пищеварения в сложных пищевых комплексах и могут вводить в заблуждение. В связи с чем, исследование пищеварения желательнее проводить с использованием смешанных субстратов

Цель исследования. Изучить влияние взаимодействия казеина и желатина с жирами на протеолитическую активность желудочного и поджелудочного соков.

Материал и методы. В работе были использованы желудочный и поджелудочный соки, полученные в хронических экспериментах у собак при тощачковой секреции. Исследовалось влияние различной концентрации жиров на ОПА [1] желудочного и поджелудочного соков с использованием белково-жировой эмульсии (казеин + трибутирин, казеин + подсолнечное масло, желатин + трибутирин, желатин + подсолнечное масло).

Результаты. В проведенных исследованиях, где изучалось влияние различной концентрации подсолнечного масла в составе белково-жировой эмульсии на ОПА поджелудочного сока, было установлено, что при использовании 1,0% эмульсии из казеина и подсолнечного масла, показатели ОПА были достоверно ниже по сравнению с ОПА, где был только казеин без жировой эмульсии. При этом показатели ОПА при использовании 1,5% подсолнечного масла были достоверно значительно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. Такая же направленность ОПА отмечалась при использовании 2,0% подсолнечного масла, которая проявлялась в достоверно более низких показателях по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. В общем, при этом наблюдалось достоверно выраженное постепенное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием концентрации подсолнечного масла.

При изучении ОПА поджелудочного сока, с применением различной концентрации трибутирина в составе белково-жировой эмульсии на ОПА поджелудочного сока, было установлено, что при использовании 1,0% эмульсии из казеина и трибутирина, показатели ОПА были значительно ниже, но недостоверно выражены, по сравнению с ОПА, где использовался только казеин без жировой эмульсии. Показатели ОПА были выше таковых с использованием подсолнечного масла. В тоже время показатели ОПА при использовании 1,5% трибутирина были достоверно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии и меньше показателей с применением 1,0% трибутирина, также показатели ОПА были выше таковых с использованием подсолнечного масла. Такая же направленность ОПА отмечалась при использовании 2,0% трибутирина, которая проявлялась в достоверно более низких показателях по сравнению с ОПА без жировой эмульсии и меньше показателей с применением 1,0% и 1,5% трибутирина, также эти показатели ОПА были выше показателей с использованием подсолнечного масла. Таким образом, наблюдалось достоверно выраженное постепенное снижение ОПА поджелудочного сока с нарастанием концентрации трибутирина, надо отметить, что уровень этих показателей был выше по сравнению с уровнем показателей подсолнечного масла.

При исследовании ОПА поджелудочного сока с применением эмульсий состоящих из желатина и подсолнечного масла, а также желатина и трибутирина, было установлено, что при нарастании концентрации подсолнечного масла и трибутирина отмечалось незначительное снижение ОПА поджелудочного сока по отношению к показателям использования только желатина. При этом настоящие показатели ОПА были значительно выше таковых с использованием в эмульсиях казеина (рис. А).

При изучении ОПА желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий при использовании различной концентрации жиров, было установлено, что при использовании 1,0% эмульсии из казеина и подсолнечного масла, ОПА была незначительно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. При этом показатели ОПА при использовании 1,5% эмульсии подсолнечного масла и казеина были недостоверно ниже по сравнению с ОПА без жировой эмульсии и меньше, чем с применением 1,0% эмульсии из казеина и подсолнечного масла. В результатах исследований полученных при использовании 2,0% эмульсии подсолнечного масла и казеина, отмечались также недостоверно ниже показатели ОПА по сравнению с таковыми показателями без жировой эмульсии и меньше, чем с применением 1,0% и 1,5% эмульсии из казеина и подсолнечного масла. В общем, при этом наблюдалось менее выраженное снижение ОПА под влиянием желудочного сока с нарастанием концентрации подсолнечного масла (рис. Б).

При изучении ОПА желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий с различной концентрацией жиров, было установлено, что при использовании эмульсии из казеина и трибутирина как 1,0%, так и 1,5%, а также 2,0%, ОПА была незначительно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. При этом отмечалось незначительное снижение ОПА при увеличении концентрации трибутирина (рис. Б).

При исследовании ОПА желудочного сока с применением эмульсий состоящих как из желатина и подсолнечного масла, так и из желатина и трибутирина, было установлено, что при нарастании концентрации подсолнечного масла и трибутирина отмечалось незначительное снижение ОПА желудочного сока по отношению к показателям использования только желатина. В тоже время эти показатели были значительно выше таковых с использованием в эмульсиях казеина.

Выводы. Повышение концентрации подсолнечного масла в составе эмульсии с казеином способствует достоверному снижению ОПА поджелудочного сока. Повышение концентрации трибутирина в составе эмульсии с казеином также способствует достоверному снижению ОПА поджелудочного сока, но этот эффект менее выражен, чем при использовании подсолнечного масла. Повышение концентрации как трибутирина, так и подсолнечного масла в составе эмульсии с казеином в кислой среде существенно не влияют на ОПА желудочного сока. Аналогично повышение концентрации как трибутирина, так и подсолнечного масла в составе эмульсии с желатином также существенно не влияют на ОПА желудочного и поджелудочного соков.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТЕРМИИ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

*Жалолов Р.Ж., Тоджибаева Н.Л., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Высокая окружающая температура в сочетании с инсоляцией приводит, как правило, к резкому угнетению моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта и секреции основных пищеварительных соков – желудочного, панкреатического, кишечного и желчи. Под влиянием теплового фактора далеко неодинаково изменяется продукция различных панкреатических ферментов. Так, после 2-часового воздействия высокой температуры и инсоляции ферментативная активность составляла в процентах (против контрольных данных, принятого за 100%) 48,7±2,3 для амилазы, 23,2±1,6 для липазы и 58,8±3,1 для протеаз. При воздействии на организм крыс высокой температуры амилотическая активность тонкой кишки снижается. Снижение секреторной и моторной деятельности пищеварительной системы при высокой температуре обусловлено индуктивным торможением пищевого центра за счет возбуждения терморегуляторного центра.

Аминазин и амизил значительно нивелируют стрессорное воздействие гипертермии на активность пищеварительных ферментов. Многократное повторение влияния тепловой нагрузки на организм гипокинезированных животных значительно изменяет содержание воды в организме – происходит прогрессивное нарастание терморегуляторного расхода воды, о чем свидетельствует высокий уровень дегидратации организма на 50-60 дней тепловой экспозиции. Следовательно, при ограничении двигательной активности нарушается адекватная реакция организма на воздействие высокой температуры, тогда как при обычной двигательной активности наступает постепенное снижение температурного расхода воды, что указывает на появление адаптивных признаков.

При воздействии высокой температуры (40-41°C) в условиях термокамеры и температуры 35– 37°C в естественных условиях солнечного облучения угнетает реабсорбцию желчных кислот в тонкой и толстой кишке.

Фибробластные культуры из кожи, подвергающейся действию солнца, проявляли более высокие уровни гидролитической активности против синтетических субстратов эластаз и катепсина С, полученных из областей кожи, защищенных от солнца. Ультрафиолетовые лучи А интенсивно стимулировали образование этих реакций в фибробластах из защищенных от солнца участках кожи. Ультрафиолетовые лучи В не оказывали такого Гипертермия снижает адаптируемость кишечных карбогидраз к содержанию полисахаридов в пище и не сказывается на адаптируемости панкреатической амилазы. Воздействие высокой температуры на организм гипокинезированных животных в раннем периоде эксперимента характеризуется перераспределением воды в тканях органов пищеварения, а в позднем – её потерей. В частности, на 10 день уровень общей воды в ткани печени снижается при нарастании её в тканях желудка и тонкого кишечника, преимущественно, за счет изменения объёма внеклеточной жидкости. На 30 день ткани этих органов теряют воду, причем потеря её в тканях печени и тонкого кишечника происходит одновременно за счет вне- и внутриклеточной жидкости, а в ткани желудка – только за счет клеточной фазы.

ТЕКНАЗОЛ КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДозОВ

Загруднинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Мамадалиев Ш.И., Пулатов М.Д.

Введение. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз – одна из наиболее часто встречающихся проблем в современной медицинской практике и составляет, согласно данным разных авторов, до 20-30 %. В последнее время отмечается неуклонный рост этой патологии среди женщин репродуктивного возраста, что зачастую обусловлено снижением иммунитета, создающего условия для избыточного размножения и адгезии грибов. Еще одним фактором, способствующим рецидиву заболевания, является бесконтрольный прием противогрибковых препаратов, что способствует устойчивости микроорганизмов к фунгицидным средствам, приводя к еще большим проблемам в выборе терапии дрожжевых кольпитов.

Цель исследования. Оценить эффективность противорецидивной терапии вульвовагинальных кандидозов на фоне приема препарата «Текназол» (интраконазол).

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 56 пациенток в возрасте от 19 до 34 лет, имеющих в анамнезе 4 и более обострений вульвовагинальных кандидозов в течение 1 года, прошедших основной курс терапии. Всем женщинам проведено общее физикальное и гинекологическое обследование, микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Грамму. ПЦР – диагностика выделений с целью идентификации микроорганизмов. Статистический анализ проведен с помощью MS Excel.

Результаты. При анализе клинической картины основными были жалобы на зуд и жжение во влагалище и в области наружных половых органов – 53 (94,6 %), выделения из половых путей – 48 (85,7 %), дизурические расстройства – 22 (39,2 %). При микробиологическом исследовании выделений у 51 (91,2 %) обнаружен типичный вариант вульвовагинального кандидоза, а у 5 (8,9 %) отмечено сочетание с бактериальным вагинозом. При ПЦР– диагностике дрожжеподобные грибы были выявлены у всех пациенток: 50 (91,8 %) – *C. albicans*, у 3 (4,9 %) – *C. glabrata*, у 2 (2,4 %) – *C. tropicalis* и 1 (0,9 %) – другие виды грибов. Всем пациенткам проведено противорецидивное лечение с помощью интравагинального введения интроканазола («Текназол») 200мг. №7. Спустя 6 месяцев после проведенной терапии только у 4 (7,1 %) из 56 женщин появились жалобы, подтвержденные клинически и бактериологически.

Выводы Таким образом, проведенное нами исследование показало высокую эффективность противорецидивной терапии (93 %) вульвовагинального кандидоза с помощью препарата «Текназол». Такое лечение позволяет снизить частоту обострений этой патологии.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕПАРАТАМИ ВАЛЬСАКОР И ВЕРОШПИРОН

*Загруддинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Мамадалиев Ш.И., Пулатов М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Место гипотензивных препаратов второго ряда в лечении артериальной гипертензии (АГ) до сих пор остается предметом дискуссий. Особенно важным представляется изучение возможных преимуществ применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов, показавших высокую эффективность в лечении постинфарктных больных, больных с резистентной АГ и ХСН.

Цель исследования. Изучить гипотензивные и органопротекторные эффекты комбинированной терапии препаратами вальсакор (валасартан), в комбинации со верошпиноном (спиринолактон), установить критерии ее эффективности у больных с неосложненной АГ.

Материалы и методы. В исследование включено 102 больных. Больным 1-й группы (n=55) в качестве основного гипотензивного препарата назначали вальсакор, а больным 2-й группы (n=47) – вальсакор в комбинации со верошпиноном (25 мг/сут). В течение 1 месяца подбирали дозы вальсакора для достижения целевого артериального давления (АД); к лечению можно было добавлять гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг/сут и/или амлодипин в дозе 5-10 мг/сут. Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Всем больным в начале и в конце исследования наряду со стандартным клинико-лабораторным и инструментальным исследованием проводили амбулаторное мониторирование артериального давления (АМАД), эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) и ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА).

Результаты. На фоне лечения во всех случаях были достигнуты целевые уровни АД. Как степень снижения АД, так и благоприятные эффекты лечения на показатели АМАД были более выраженными во 2-й группе. В обеих группах проводимая терапия ассоциировалась с существенным уменьшением долей больных из категорий non-dipper и over-dipper и полным исчезновением категории night-peaker; при этом возрастала доля лиц категории dipper. В ходе лечения были достигнуты и благоприятные эффекты на показатели ЭхоКГ и УЗИ БЦА; более значимой степень их выраженности была во 2-й группе по сравнению с 1-й группой. Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Для установления критериев эффективности применения комбинации вальсакора со верошпиноном во 2-й группе был проведен дополнительный анализ. Не выявлено связи более высокой эффективности лечения с полом больных, наличием в анамнезе курения, сахарного диабета 2 типа, хронической болезни почек, исходными уровнями калия, креатинина и альдостерона крови, а также с особенностями исходных величин параметров УЗИ БЦА (все $p > 0,05$). В то же время, установлена связь между более высокой гипотензивной и органопротекторной эффективностью лечения, с одной стороны, и такими характеристиками больных, как возраст менее 60 лет, наличие избыточной массы тела или ожирения, наличие АГ 2 или 3 степени, наличие выраженной и/или концентрической гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) ($p < 0,01$).

Выводы. Добавление верошпинона в низкой дозировке к терапии вальсакора сопровождалось более значимым снижением АД, улучшением его суточного профиля, а также ассоциировалось с более выраженной регрессией ГЛЖ, уменьшением сосудистой резистентности. Продemonстрированные в работе дополнительные позитивные эффекты верошпинона мотивируют возможность расширения его применения при АГ в качестве одного из полноправных компонентов комбинированного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

*Загруддинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Махмудова К.А., Пулатов М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Поисковые исследования новых методов лечения депрессивных состояний при помощи комбинации препаратов из групп антидепрессантов, церебропротекторов и других новых групп.

Материалы и методы. Систематический обзор и анализ публикаций по использованию различных средств диагностики и лечения депрессий. По данным ВОЗ более 250 миллионов человек из всех возрастных категорий, страдают от депрессии – одного из распространенных психических заболеваний. Основные симптомы заболевания: стойкое снижение настроения, утрата интереса к жизни, отсутствие переживания чувства радости, утомляемость, нарушение аппетита, ангедония, тревога, снижение либидо, что может заканчиваться суицидом. В основе патогенеза на молекулярном уровне лежит дефицит моноаминов, которые выполняют нейрорегуляторную роль. Молекулярным

субстратом являются глутаматные рецепторы – N-метил-D-аспартат (NMDA), участвующие в системе передачи сигналов контролирующего настроения.

Результаты. На клеточном уровне наблюдается уменьшение числа дендритов, обеспечивающих связь между собой и специализированными образованиями мозга; повреждение и даже гибель нейронов в результате чрезмерной продукции возбуждающих нейромедиаторов (глутаминовой кислоты); торможение процессов формирования новых нейронов, развитие нейровоспаления и нарушение нейрональной пластичности, связанные с нейродегенеративными процессами. На МРТ у взрослых пациентов с большим депрессивным расстройством выявлено утончение серого вещества в различных областях головного мозга, либо уменьшение площади серого вещества.

Первоочередными препаратами в современной терапии депрессии являются средства, направленные на нормализацию уровня моноаминов. Это антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в пресинаптической мембране: депресс, рексетин, нондепресс. Так как идут нейродегенеративные изменения в мозге, то становится обоснованным назначение церебротекторных препаратов: тиоцетама, и кванила. Доказано, что сочетанное применение лекарственных веществ, влияющих на отдельные патогенетические звенья заболевания, потенцирует эффективность терапии и дает достоверный эффект. Идет разработка препаратов нового поколения – комбинации антидепрессанта и нейропротектора. Проводятся клинические исследования препаратов, которые содержат лиганды глутаматных рецепторов. Мемантин – не-селективный блокатор NMDA-рецептора, кетамин – неселективный блокатор каналов NMDA-рецептора.

Развиваются новые виды терапии – тераностика, диагностически управляемая терапия, то есть при помощи проверочных алгоритмов можно будет быстро и однозначно оценить эффективность ответа на лечение определенного пациента на подобранную ему лекарственную терапию. Для этого нужно будет использовать «омиксные» маркеры – названы по суффиксу омик – геномика, транскриптомика, протеомика, и другие науки, которые на молекулярном уровне изучают реализацию генетической информации.

По изменению содержания м-РНК и нейротрофического фактора мозга (BDNF) можно оценить характер и динамику нейрональной пластичности мозга на медикаментозную терапию антидепрессантами и нейропротекторами и другими средствами, проявляющими подобную активность. Разработка предикторов (предсказателей) риска возникновения депрессии и чувствительности к лекарственной терапии. Альтернативой может стать и немедикаментозное лечение при помощи навигационной транскраниальной стимуляции головного мозга (ритмическая магнитная стимуляция, стимуляция постоянным или переменным током). При помощи системы точного позиционирования катушку можно разместить над определенными участками коры.

Выводы. Результаты поисковых исследований позволяют увидеть перспективы для своевременной диагностики депрессии, подбора индивидуального лечения с контролем эффективности терапии. Близка возможность получения новых более эффективных комбинированных препаратов.

АДАПТАЦИОННАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Загруддинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Махмудова К.А., Пулатов М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на антибактериальную профилактику, после эндоскопического удаления камней из почки, у 60-80% пациентов возникают воспалительные процессы в почке. К наиболее частым осложнениям чрескожной пункционной нефролитотрипсии (ЧПНЛТ) относят пиелонефрит (до 87,5%), фебрильную температуру (до 32,1%). В раннем послеоперационном периоде воспалительные изменения отражаются на регуляции функции почек в отношении гомеостаза и водно-электролитного обмена. Профилактика послеоперационных осложнений у больных мочекаменной болезнью (МКБ) актуальна. Применение в комплексном лечении урологических пациентов фитопрепаратов, по заключению ведущих урологов страны, может быть равноправным. В основе применения парафармацевтиков лежит нормализация функциональной активности органов и систем в физиологических границах, а также эффект адаптации организма к неблагоприятным условиям.

Цель исследования. Изучить влияние комбинированного продукта с растительными компонентами «Канефрон» на адаптационные возможности почек в раннем послеоперационном периоде у пациентов с осложненной МКБ.

Материалы и методы. Изучено влияние оперативного вмешательства на уровень белков острой фазы воспаления. Исследованы пациенты с осложненной МКБ, которым предстояла операция ЧПНЛТ. Пациенты основной (О) группы (n=20) за 5 дней до операции начинали получать препарат Канефрон (BIONORICA) по 2 таблетки 2 раза в день и продолжали прием до одного месяца. Контрольная (К) группа (n=15) препарат не получала. В остальном лечение в группах, включая послеоперационный период, не отличалось. Анализы крови выполняли за 5 дней до и на третьи сутки после операции. Электрофорез белков сыворотки крови выполняли системой капиллярного электрофореза Capillaries-2Flex Piercing. Метод позволяет разделять белки на 6 фракций в соответствии с их физическими свойствами (преальбумин, альбумин, α1, α2, β- и γ-глобулины). В каждую фракцию мигрируют белки с определенной биологической функцией, с определенным клинико-диагностическим значением. Электрофорез белковых фракций – инструмент скрининга, обеспечивающий эффективный подход к идентификации патофизиологических состояний, позволяет выявлять изменение качественного и количественного состава отдельных белков и белковых фракций плазмы крови при нормальном уровне общего белка. Тип электрофореграммы может помочь выявить скрытую патологию, оценить тяжесть болезни, следить за процессом лечения.

Результаты. Средний показатель уровня общего белка крови в группах на 3-и сутки после операции снижался, но оставался в пределах допустимых значений (71,4 и 69,8 г/л – в гр.У; 71,76 - 67,1 г/л – в гр.К). Уровень фракции альбумина, негативно реагирующий на воспаление группа белков, в гр. О, не менялся - 56,82% и 56,43%, а в гр. К снизился с 56,4 до 53,9%, но оставался в пределах нормальных значений. Снижение этого главного транспортного белка выявлено у 86,6% больных гр. К (13/15), что связано с дефицитом аминокислот и увеличением синтеза ИЛ-6 при ответе острой фазы

воспаления. Анализ электрофорграмм показал, что у пациентов гр. К после операции чаще фиксировали воспалительную диспротеинемию.

Повышение фракции $\alpha 1$ -глобулинов, компонентом которой является индикатор локальной инфекции $\alpha 1$ -гликопротеид, наблюдали в гр. К. с $4,3 \pm 0,15$ до $5,9 \pm 0,15$, в то время, как в гр. О отмечено снижение показателя с $5,29 \pm 0,3$ до $5,17 \pm 0,05$. Эта группа белков является позитивной по отношению к активности воспалительного процесса, а их выработка увеличивается под действием фактора некроза опухоли ИЛ-1, ИЛ-6 в печени.

Уровень глобулинов, мигрирующих в $\alpha 2$ -зону, в группах была в пределах допустимых значений, но имел тенденцию к повышению. Во фракции β -глобулинов изменений показателей не выявлено.

Температурная реакция выше 37°C после операции в гр. О отмечена в 40% случаев (п-8; 8/20), в гр. К в 66% (п-10; 10/15), из них выше 38°C - у 5 человек. Повышение температуры организма возможно не только как ответ на действие пирогенов, вырабатываемых преимущественно макрофагами и нейтрофилами под влиянием инфекционных процессов, но и пирогенов неинфекционного генеза, таких как ИЛ1, ИЛ6, ФНО, γ ИНФ – компонентов острой фазы воспалительного ответа.

Выводы. Исследование позволило оценить биологические реакции в раннем послеоперационном периоде - адаптационные реакции организма на операционную травму почек. Включение препаратов растительного происхождения при лечении больных с отягощенной МКБ перед операцией позволяет корректировать нарушенные биологические и адаптационные функции почек в раннем послеоперационном периоде.

КЛИМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

*Зияева Ш.Р., Жураева М.А., Абдуллаева М.А., Абдуллаев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Богатые и разнообразные климатические ресурсы Узбекистана оптимальные для широкого использования в лечебно-профилактических целях, что позволит сократить длительный период адаптации при переезде в другие климатические зоны на отдых и лечение и повысит эффективность последних. Благоприятный и в основном устойчивый режим погоды сочетается с большой солнечностью (2600-3000 часов в год), значительной биологической активностью ультрафиолетовой радиации (6-7 месяцев), а так же красотой горных ландшафтов.

Так как исследования проводились в климатических условиях Андижанской области мы сочли необходимым описать климатическую характеристику Ферганской долины.

Жаркий климат Ферганской долины, в частности, Андижанской области, отличающийся большим количеством солнечной радиации, устойчивым режимом погоды и длительным периодом с высокими температурами воздуха и низкой влажностью представляет большой интерес и перспективу освоения районов с курортологической точки зрения (91) и в этом плане имеется широкая возможность применения грунтотерапии для лечения больных хроническим сальпингоофоритом.

В формировании климата г. Андижана и Андижанской области большую роль играет циркуляция атмосферы, радиационные условия и подстилающая поверхность. В теплое полугодие образуется область пониженного давления. Притекающие сюда воздушные массы попадают под энергичное воздействие сильно нагретой подстилающей поверхности и в связи с этим происходят интенсивные процессы их трансформации. Это приводит к формированию теплого и сухого континентального тропического воздуха. (92)

Орографическая замкнутость придает её климату большое своеобразие. Замкнутое положение, защищенность её горными хребтами от холодных воздушных вторжений обуславливает большую устойчивость погоды.

Лето отличается более низкими дневными температурами, нет резких вспышек жары. Характерные черты климата это засушливость, обилие тепла и света. Положение территории обуславливает большой приток солнечной радиации, причем велика и продолжительность солнечного сияния - в среднем за год 2660-2700 часов.

Наибольшая продолжительность солнечного сияния наблюдается в летние месяцы. Почти не наблюдаются дни без солнца. В остальные месяцы число дней без солнца составляет от 4 до 10 дней. (Это говорит о больших возможностях в широком использовании климатотерапии, в том числе и лечение хронических воспалительных заболеваний гениталий).

Лето жаркое и сухое. Самый жаркий месяц июль. Средняя месячная температура июля на территории составляет от $24,9$ до $27,3^{\circ}\text{C}$. Средняя годовая температура в Андижане $13,5^{\circ}\text{C}$. В целом по области от $11,5$ до $13,5^{\circ}\text{C}$ Андижанская область находится на 476 м над уровнем моря. По классификации А.И. Кайгородова климат Андижанской области относится к мягкой и умеренно мягкой зиме, а лето очень жаркое и жаркое. Очень жаркая и очень сухая погода, начиная с мая, постепенно увеличивается, достигая максимума в июле. В Андижане за этот период такая погода составляет 65%. Коэффициент атмосферной засушливости составляет 0,96; из них коэффициент суровой засушливости 0,87 в Андижане.

По комфортности теплоощущения человека в Андижане наблюдается максимальный комфорт (ЭЭТ $17-24^{\circ}\text{C}$), составляя в мае, июне, августе и сентябре от 44 до 70%, за исключением июля месяца - где наблюдается дискомфортные условия (перегрев), комфорт составляет всего 28%. Но, для отпуска процедур грунтотерапии сухим горячим грунтом такие условия играют положительную роль. В этом большую роль играет скорость ветра, снижающее определенную температуру воздуха и создающие благоприятные условия. Основное направление ветра в Андижане восточное-юго-восточное. Скорость ветра в основном 1 -3 м/сек. Это очень благоприятно влияет на организм человека, особенно больного. Характерная летом чрезвычайно низкая влажность воздуха способствует повышению функции терморегуляции в организме за счет испарения пота, снижающего температуру поверхности тела.

Из-за большой испаряемости в условиях жаркой, сухой погоды усиливается водный обмен человека, причем до 90% выпитой воды выделяется с потом, благодаря усиленному выделению пота и его испарению сохраняется тепловое равновесие организма..

Таким образом, по погодным условиям территория является очень благоприятной, контрастная погода в Андижане составляет всего 7%, т.е. является очень устойчивой и с точки зрения климатопрофилактики и климатотерапии,

в частности грунтоотерапии, а так же для развития курортного дела природно- и погодно-климатические условия очень благоприятны.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Зияева Ш.Р., Жураева М.А., Абдуллаева М.А., Абдуллаев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время существует достаточно информации о действии физиолечения на организм при различных хронических воспалительных заболеваниях и профилактике их обострения. Вместе с тем в доступной нам литературе имеются единичные данные о применении грунта в комплексной реабилитации больных с экстрагенитальной патологией. Но не найдены исследования, изучающие влияние грунтоотерапии на организм, в частности при воспалительных заболеваниях женских половых органов, так же нет данных, описывающих сочетанное применение грунтоотерапии и комплексной физической реабилитации. Это положение явилось поводом для изучения влияния комплексной физической реабилитации в сочетании с грунтоотерапией на организм больных хроническим сальпингоофоритом.

Лечение проводилось по разработанной нами совместно с кафедрой Врачей общей практики, ЛФК и физической реабилитации АндГосМИ программе комплексной физической реабилитации в сочетании с грунтоотерапией и двигательным режимом. Исходя из цели и задач работы, нами проведен сравнительный анализ эффективности традиционной терапии и комплексной программы реабилитации в сочетании с грунтоотерапией больных с хроническим неспецифическим сальпингоофоритом. Результаты клинических наблюдений показали, что у основной группы больных (с применением грунтоотерапии в комплексной программе реабилитации) по сравнению с группой сравнения (с применением традиционной терапии) локальные признаки воспаления купировались в значительно короткие сроки.

При изучении биохимических показателей организма больных хроническим сальпингоофоритом до лечения отмечена диспротеинемия, что говорит о воспалительно-аутоаллергическом типе диспротеинемии, который проявился самым высоким уровнем альфа-1, умеренным повышением альфа-2 ($12,6 \pm 0,08$) глобулиновых фракции, сиаловой кислоты ($3,86 \pm 0,07$), ДФА ($0,384 \pm 0,04$), С-реактивный белок ($3,11 \pm 0,1$)

Таким образом, до лечения у больных сальпингоофоритом отмечено достоверное ($P < 0,01$) изменение основных показателей белкового обмена. Это подтверждает то, что у женщин репродуктивного возраста с хроническим воспалением придатков матки наблюдается изменение реактивности организма. После комплексной физической реабилитации без грунтоотерапии у наблюдаемых нами больных отмечалось значительное улучшение показателей белкового обмена, в первую очередь отмечалось снижение уровня сиаловых кислот и ДФА, но оставалась выше таковых у здоровых женщин.

Следовательно, необходим более длительный процесс, требующий для выраженного повышения реактивности организма, где комплексная физическая реабилитация сочетается с грунтоотерапией. Эта серия исследований показала, что в конце лечения происходит выраженное повышение реактивности организма: почти нормализовался белковый баланс, приближаясь к показателям контрольной группы.

Несколько иными, чем в основной группе результаты лечения у больных, получивших традиционную терапию. У больных этой группы диспротеинемия к полной нормализации не пришла (ДФА $0,324 \pm 0,03$ ($P > 0,05$)) и С-реактивный белок О ($P < 0,01$), глобулиновые фракции были выше контрольной группы. Этот факт свидетельствует о том, что общая неспецифическая реактивность продолжает оставаться несколько подавленной даже после лечения.

Изучение белкового обмена в динамике после комплексной физической реабилитации с грунтоотерапией показало нормализацию альбуминовых и глобулиновых фракций.

Таким образом, комплексная программа физической реабилитации в сочетании с грунтоотерапией больных с хроническим сальпингоофоритом способствует восстановлению и улучшению функции различных органов и систем, что является следствием нормализации обменных процессов.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ ОРГАНИЗМА

*Зудунова И.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Приспособительный характер жизни – одна из ее существенных особенностей: вся жизнедеятельность организма протекает в соответствии с событиями внешней среды, изменения которой обуславливают и изменения жизнедеятельности. Цель же и смысл этих изменений в организме – в обеспечении сохранения и поддержания жизни особи и вида, их развитие.

Адаптация позволяет поддерживать постоянство внутренней среды, увеличивает мощность гомеостатических механизмов, осуществляет связь с внешней средой и, в конечном итоге, позволяет удерживать существенные параметры организма в физиологических пределах, обеспечивающих стабильность системы. По мнению академика П.К. Анохина, каждый организм представляет собой динамические сочетания устойчивости и изменчивости, в которых приспособительные реакции защищают его наследственно закрепленные жизненно важные константы.

Резервы организма – это его способность во много раз усиливать свою деятельность по сравнению с состоянием относительного покоя. Величина резерва отдельной функции представляет собой разность между максимально достижимым уровнем и уровнем в состоянии относительного физиологического покоя. Например, минутный объем дыхания в покое составляет в среднем 8л, а максимально возможный при тяжелой работе равен 200л; величина резерва составляет 192л. Для минутного объема сердца величина резерва составляет приблизительно 35л, для потребления кислорода – 5 л/мин, для выделения углекислого газа – 3 л/мин.

Резервы организма обеспечивают приспособление к меняющимся условиям внешней среды. Условно их можно разделить на резервы *морфологические* и *функциональные*.

В основе *морфологических резервов* лежит избыточность структурных элементов. Например, в крови человека количество протромбина в 500 раз больше, чем нужно для свертывания всей крови.

Существуют и *физиологические резервы*. В повседневной жизни человек использует не более 35% возможностей организма. В экстремальных условиях ценой огромных волевых усилий мобилизуется до 50%. Принято считать, что с предельным волевым усилием, произвольно, человек может использовать не более 65% абсолютных возможностей своего организма.

Физиологические резервы возрастают по мере созревания организма и снижаются при старении. Они увеличиваются в процессе спортивной тренировки. У высокотренированных спортсменов физиологические резервы почти в два раза больше, чем у нетренированных людей того же возраста.

В генетической программе закодированы структурные возможности организма. В период развития и формирования личности лишь незначительная часть этих потенциальных возможностей (не более 10-15%) реализуется в конкретной деятельности. При этом неумолимо действует закон: работающая структура реализуется, а не используемая атрофируется.

В основе адаптации организма к спортивной деятельности лежит не только совершенствование структур, но и непрерывное вовлечение все новых и новых генетически заложенных, но «дремлющих» структурных единиц.

Эти единицы постепенно разворачивают свои структурно-функциональные кондиции (свойства и возможности), расширяя функциональные резервы соответствующих органов и систем организма. Эти резервы проявляются в любой ситуации жизни и деятельности спортсмена. Обычно дается характеристика в трех из них: в условиях относительного покоя, при выполнении предельных (соревновательных) нагрузок, а также при выполнении стандартных нагрузок.

Под функциональными резервами адаптации организма понимают такие изменения активности структурных элементов, которые вносят вклад в достижение приспособительного результата.

Функциональные возможности проявляются в изменении интенсивности и объема протекания энергетических и пластических процессов обмена на клеточном и тканевом уровнях, в изменении интенсивности протекания физиологических процессов на уровне органов, систем органов и организма в целом, в повышении физических качеств (сила, быстрота, выносливость) и улучшении психических качеств (осознание цели, готовности бороться за ее достижение и т.д.), в способности к выработке новых и совершенствованию уже имеющихся двигательных и тактических навыков. Функциональные резервы организма включают в себя три относительно самостоятельных вида резервов: биохимические, физиологические и психические, интегрирующиеся в систему резервов адаптации организма.

СОСТОЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗЕРВОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Зулунова И.Б., Худоярова А.Г., Байбекова Г.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Известно, что беременность является мощным стрессом для организма женщины, особенно при высоком акушерском риске и осложненном течении гестационного процесса. Исходя из современных представлений о болезни и типовых патологических процессах, данное состояние трактуется как системная реакция организма на действие этиологических факторов, которые обуславливают тяжесть и определяют механизмы развития заболевания. Важной составляющей любого патологического процесса является реактивность организма. Важно отметить, что изучение механизмов формирования ответных реакций кардиореспираторной системы при гестации позволит выявить не только ранее не известные стороны развития компенсаторных реакций во время беременности, но и обосновать способы повышения адаптационных возможностей организма.

Задачи исследования:

1. Оценить регуляцию сосудистого тонуса, характер вариабельности ритма сердца и энергообеспечения для раскрытия закономерностей и механизмов развития адаптационных процессов в кардиореспираторной системе на различных этапах физиологической беременности.
2. Установить уровень (характер) функциональных резервов внешнего и внутреннего дыхания для определения энергетической устойчивости адаптационных процессов у женщин с физиологической и осложненной беременностью.
3. Создать концептуальную модель формирования физиологического ответа кардиореспираторной системы и трансформации ее в патологическую, как проявление дизадаптационных процессов при осложненном течении беременности.

Исследованию механизмов стресса, его роли в обеспечении как физиологических реакций организма, так и в развитии патологических состояний посвящено большое количество работ. Вместе с тем вопросы, определяющие беременность как приспособление организма женщины к данному состоянию в виде адаптивных и дизадаптивных реакций, не решены до настоящего времени. К ним можно отнести, в частности, роль кардиореспираторной системы, как функциональной системы, участвующей в общей адаптационной реакции беременной женщины.

В организме в ответ на всякое изменение внешних и внутренних условий возникает серия стереотипных приспособительных реакций. Несомненной заслугой Г. Селье является то, что он еще в 1936 году показал наличие не только специфической реакции на то или иное воздействие, но и обязательное присутствие неспецифической реакции, которую назвал стрессом. Стресс он определил как совокупность стереотипных, физиологически запрограммированных неспецифических реакций организма (Селье Г., 1960, 1982). Стрессорная реакция особенно выгодна для организма тем, что она стереотипна: организм имеет возможность сразу приступить к защите, используя для этого одну закрепленную реакцию в ответ на все многообразие чрезвычайных раздражителей или стрессоров. Реакция адаптации, или стресса, пожалуй, самый бдительный страж, ибо она включается всегда автоматически, без участия сознания, а лишь под влиянием безусловных рефлексов. Дальнейшим серьезным развитием теории адаптации стали исследования, проведенные учеником и последователем академика П.К. Анохина профессором К.В. Судаковым и посвященные функциональным

системам организма (Судаков К.В., 2001). Таким образом, «общая теория функциональных систем» не только заполнила «пробел» в теории профессора Ганса Селье, но и существенно дополнила «идею единого гомеостатического устройства». Была системно подтверждена роль и значение иерархической подчиненности, без которой немыслимо существование высокоточного и оперативного функционирования управления и контроля не только на уровне клетки, но и всего организма (Судаков К.В., 1996, 1997)

Тем не менее к моменту выполнения данной работы практически отсутствовали исследования, где достаточно полно было бы описано представление о кардиореспираторной системе, как функциональной системе, ответственной за сохранение гомеостаза на фоне беременности.

1. У женщин с физиологической беременностью состояние кардиореспираторной системы характеризуется адаптивными изменениями управленческих процессов со стороны центральной нервной системы, оптимальной регуляцией сосудистого тонуса и организацией сердечного ритма, стабильностью внешнего дыхания и газообмена на протяжении всего срока гестации.

2. При неосложненном течении беременности у женщин с высоким акушерским риском выявляется дисрегуляция сосудистого тонуса, сердечного ритма, внешнего дыхания и энергетического метаболизма, что отражает напряженность адаптационных процессов кардиореспираторной системы в этих условиях.

3. У женщин с высоким акушерским риском и осложненным течением беременности дизадаптационные процессы в кардиореспираторной системе преобладают и характеризуются наличием дисрегуляции управления со стороны центральных структур, сосудистого тонуса, сердечного ритма и внешнего дыхания, а также неэффективностью энергетического метаболизма, что составляет основу значительной части акушерской патологии.

Таким образом, физиологическая беременность, как пример проявления адаптационных процессов, формирует в организме матери новую функциональную кардиореспираторную систему, задачей которой является сохранение постоянства и оптимальных условий для развития плода. На основе принципа многосвязанного взаимодействия определяется обобщенное действие различных функциональных систем на протяжении всего срока гестации.

Принцип многосвязанного действия отчетливо проявляется в изменении параметров функции внешнего и внутреннего дыхания, направленного на сохранение стабильности энергетических процессов и постоянства внутриклеточной среды, в регуляции сосудистого тонуса для поддержания эффективного периферического кровообращения и перфузии тканей кровью, а также в интегративном действии нервных структур регуляции.

В условиях осложненного течения беременности происходит трансформация адаптационной реакции функциональной кардиореспираторной системы.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ И ТРАВМ

Ибрагимова Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современной проблемой клинической медицины и в большей степени хирургии являются инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. За последнее время в хирургии достигнут значительный прогресс, связанный с новыми организационными подходами и медицинскими технологиями специализированной медицинской помощи раненым и пострадавшим. Однако эти достижения нивелируются высокой частотой инфекционных осложнений, требующих поиска эффективных мер диагностики и профилактики. У пациентов с тяжелыми травмами часто развиваются внутрибольничные инфекции, что во многом определяется влиянием клинко-патогенетических факторов риска. Такие инфекционные осложнения требуют всесторонней оценки, в том числе с проведением микробиологических исследований.

Основными возбудителями инфекционных осложнений в хирургических стационарах являются *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, которые способны вызывать инфекции кровотока, мягких тканей, дыхательных и мочевыводящих путей, особенно у ослабленных и иммунокомпрометированных пациентов, а также пациентов, находящихся в отделениях интенсивной терапии.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность системы микробиологического мониторинга инфекционных осложнений в специализированном хирургическом стационаре по лечению тяжелых ранений и травм для улучшения результатов лечения пострадавших.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе кафедры и клиники АГМИ, специализирующихся в области изучения патогенеза и лечения тяжелых ранений и травм, и кафедры микробиологии АГМИ.

Результаты исследования. Частота развития инфекционных осложнений у пациентов с ранениями и травмами составляет $50,9 \pm 1,5\%$ и втрое превышает показатель для больных хирургического профиля ($15,9 \pm 1,0\%$), находящихся на лечении в специализированном хирургическом стационаре по лечению тяжелых ранений и травм ($p < 0,05$). Особенностью этих осложнений является полиэтиологичность, участие ассоциаций микроорганизмов, различия спектра возбудителей и комбинаций грамположительных, грамотрицательных бактерий и грибов при инфекциях разной локализации, смена микробного пейзажа в процессе лечения, изменение роли возбудителей в разные годы исследования. Группами риска заноса возбудителей являются пациенты, переведенные из других стационаров и поступившие для лечения последствий повреждений, а развития инфекционных осложнений - пациенты с тяжелой сочетанной травмой. Пациенты, переведенные из других стационаров и поступившие для лечения последствий повреждений, нуждаются в обследовании в день поступления в стационар. Пациенты с тяжелой сочетанной травмой, поступающие в отделение интенсивной терапии, должны включаться в микробиологический мониторинг.

Инфекционные осложнения у пациентов отделения интенсивной терапии специализированного хирургического стационара по лечению тяжелых ранений и травм начинают развиваться в ранние сроки (3-10 сутки), при этом возбудители выделяются более чем из одной анатомической области. Это определяет необходимость упреждающего

характера комплексного динамического микробиологического обследования пациентов с учетом возможности одновременного развития осложнений разной локализации, вызванных разными возбудителями. Сроки развития, спектр и уровень антибиотикорезистентности возбудителей позволяют отнести эти осложнения к случаям госпитальной инфекции.

В микробиологический мониторинг должны включаться пациенты с тяжелыми ранениями и травмами, находящиеся на лечении в отделении интенсивной терапии специализированного хирургического стационара по лечению тяжелых ранений и травм более двух суток, а также пациенты, переведенные в это отделение из других стационаров или отделений.

Реализация микробиологического мониторинга должна осуществляться с применением разработанных протоколов включения и обследования пациентов, а также комплекса лабораторных ускоренных методов диагностики возбудителей госпитальной инфекции, что позволяет своевременно выявить колонизацию госпитальными штаммами возбудителей и провести целенаправленные профилактические мероприятия. При развитии клинической симптоматики госпитальной инфекции данные предварительного исследования могут служить основанием для коррекции антибактериальной терапии.

Внедрение предложенной системы микробиологического мониторинга в специализированном хирургическом стационаре по лечению тяжелых ранений и травм позволяет сократить продолжительность лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и госпитальными инфекциями с $72,9 \pm 5,1$ до $54,2 \pm 4,6$ суток, снизить летальность с 59,2% до 38,5%.

Вывод. Предложена система микробиологического мониторинга видового состава возбудителей инфекционных осложнений у пациентов специализированного хирургического стационара по лечению тяжелых ранений и травм, позволяющая определить показания и сроки рациональной антибактериальной терапии, оптимизировать выявление антибиотико-резистентных штаммов. Определена стратегия микробиологического сопровождения лечебно-диагностического процесса и разработаны стартовый и дополнительный протоколы обследования пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Раскрыты особенности этиологической структуры госпитальных инфекций у пациентов специализированного хирургического стационара и показана их связь с действием послеоперационных факторов риска, что стало основой для совершенствования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

ВИРУЛЕНТНЫЕ СВОЙСТВА СТАФИЛОКОККОВОЙ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Ибрагимова Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди микробных агентов, инфицирующих кожу пациентов, страдающих atopическим дерматитом, значительная роль принадлежит *Staphylococcus aureus*. По данным авторитетных исследований, в 80 - 100 % случаев кожные покровы больных АД колонизируются *Staphylococcus aureus*, а у детей с этой патологией во всех возрастных группах он выделяется не только с участков кожных поражений, но и с непораженной кожи, причем нередко при отсутствии видимых клинических признаков инфекционного процесса.

Установлено, что чем больше степень колонизации-кожи стафилококком-тем: тяжелее патологические изменения характер течения atopического дерматита. Присоединение стафилококковой инфекции к уже существующему atopическому дерматиту часто становится пусковым фактором; развития, обострения заболевания.

Цель исследования. Определить вирулентные свойства и ферментативные особенности стафилококков, колонизирующих кожу больных atopическим дерматитом; оценить антибактериальную активность 1-окси-2(1Н)-пиридитиона цинка (пиридитиона цинка) по отношению к *Staphylococcus aureus* при его применении в местной терапии больных atopическим дерматитом.

Материалы исследования, отражающие клинико-бактериологические характеристики больных с различной степенью тяжести atopического дерматита, для прогнозирования течения и оптимизации терапии используются в работе кафедры микробиологии и АОКВД.

Результаты исследования. У больных atopическим дерматитом бактерии *Staphylococcus aureus* являются значимым компонентом микрофлоры кожи. Частота выделения *Staphylococcus aureus* с пораженной кожи при atopическом дерматите составляет 59,5 % против 8,0 % в группе сравнения. Частота выделения этого вида с непораженной кожи пациентов не превышает 27,7 процента.

При обострении atopического дерматита кожа колонизируется низко и среднеадгезивными вариантами *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* и высокоадгезивными вариантами *Staphylococcus aureus*. Кожа практически здоровых лиц заселена неадгезивными и низкоадгезивными вариантами *Staphylococcus saprophyticus* и *Staphylococcus epidermidis*. Установлена прямая зависимость степени выраженности адгезивного потенциала по индексу адгезии стафилококка для *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* от степени тяжести atopического дерматита.

Выявлены различия по фенотипическим свойствам, отражающим вирулентность штаммов стафилококков, колонизирующих кожу больных atopическим дерматитом и практически здоровых лиц. Активность внеклеточных протеиназ у штаммов *Staphylococcus aureus*, выделенных от больных, была в 4,0 раза, а термонуклеазы - в 1,2 раза выше, чем у штаммов этого вида стафилококка, выделенных с кожи практически здоровых лиц.

Установлены статистически значимые различия в уровне активности каталазы и супероксиддисмутазы у штаммов *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*, выделенных с кожи больных со среднетяжелой и тяжелой степенью atopического дерматита, и штаммов стафилококка этих же видов, колонизирующих кожу практически здоровых лиц.

При применении пиритиона цинка в местной терапии больных атопическим дерматитом, наряду с клинической эффективностью, отмечено снижение плотности колонизации кожи *Staphylococcus aureus*. После курса местной терапии пиритионом цинка с кожи больных высеваются штаммы *Staphylococcus aureus* со сниженными вирулентными свойствами.

Вывод. Полученные данные о высокой частоте выделения с кожи больных с тяжелой степенью атопического дерматита метициллинрезистентных штаммов *Staphylococcus aureus* указывают на необходимость проведения антибактериальной терапии с учетом результатов определения метициллинрезистентности стафилококков.

Результаты исследования клинической эффективности в антибактериальной активности препаратов на основе пиритиона цинка позволяют рекомендовать использование его при местной терапии атопического дерматита* у больных атопическим дерматитом, ассоциированным с колонизацией кожи *Staphylococcus aureus*.

Выраженная активность гидролитических, антиоксидантных ферментов и адгезивность штаммов *Staphylococcus aureus*, колонизирующих кожу больных атопическим дерматитом, характеризуют их высокую патогенность, что диктует необходимость учета роли бактериального фактора при проведении этиопатогенетической терапии.

К ВОПРОСУ О СЕМАНТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Икрамова Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Структурными элементами языка клинической медицины служат термины, которые закрепляют за каким – либо изученным фрагментом клинической реальности относительную автономию от сходных явлений и дают ему название. Термин как носитель определенного объема знаний – важнейший инструмент, как теоретического мышления, так и практической врачебной работы. Если суть и объем термина ясно очерчены, то он становится средством как выявления сходных феноменов в массе клинического материала, так и уточнения и углубления понимания самого определяемого явления.

Однако терминотворчество, принявшее в настоящее время бесконтрольный характер, а также неоднозначность толкования старых, традиционных понятий, приводит к тому, что специалисты даже одной области нередко понимают друг друга. Все это несомненно наносит большой вред науке, так и практике. В большой степени сложившаяся ситуация, на наш взгляд, возникла из – за пренебрежительного отношения к наиболее общим клиническим терминам, которые являются родовыми понятиями для более частных.

К таким терминам относятся «субъективные и объективные симптомы», «симптомокомплексы», «синдром», «синдромотаксис», «синдромокинез», «болезнь», «прогредиентность», «регрессиентность», «патологический процесс», «реакция», «патологическое развитие». Анализ современной медицинской литературы убеждает в том, что авторы часто путают понятия субъективного и объективного симптомов; симптомокомплекс как единство этих симптомов смешивается с понятием синдрома. Синдромы иногда отождествляют с самой болезнью. Синдромотаксис как закономерность чередования синдромов в динамике патологического процесса подменяют понятием синдромокинеза. Нет ясности и в самом понятии болезни.

Пестрота и разночтения в толковании и применении этих фундаментальных терминов вновь возвращают нас к мысли, давно уже не новой, о том, что изучение общенозологических проблем, закономерностей возникновения, развития, исходов, терапии и профилактики различных заболеваний является очень важным для каждой частной клинической дисциплины.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ТЕРМИНАМ И ТЕРМИНОСИСТЕМАМ

Икрамова Х.М., Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Термин как словесный знак представляет собой двустороннее единство означающего (или звукового) и означаемого (или значения) комплексов. Требования, предъявляемые к оптимальному термину, относятся к обоим аспектам знака. Качество звукового комплекса оценивается путем соотнесения его со значением. Необходимость в таком соотнесении у терминолога возникает в связи с рядом встающих перед ним задач.

В число лингвистических требований входят:

1. Требование точности. Мотивированный звуковой комплекс должен прямо и наглядно отображать отличительный (признак) и понятия или, во всяком случае, не ориентировать неверно в отношении сущности понятия. Решение вопроса о предпочтительности того или иного метода мотивации (прямого, косвенного, безотносительного) – исходная позиция при оценке качества звукового комплекса термина. Наиболее точным и наглядно-информативным является метод прямой мотивации, посредством которого создаются квалификативные термины.
2. Требование однозначности (моносемии). Звуковой комплекс должен быть закреплен только за одним значением: многозначность в пределах субтерминосистемы недопустима. Звуковой комплекс бывает многозначным полностью или частично. Вероятно, следует различать многозначность «предметную» и функционально-смысловую, связанную со спецификой работы специалистов (например, термин «анестезия» в неврологии и в хирургии).
3. Требование однооформленности. Значение должно выражаться только одним звуковым комплексом: синонимии необходимо последовательно ограничивать. Термин «синоним» применяют на практике к весьма разным языковым явлениям: разноязычным дублетам, сходно-мотивированным словам и словам, мотивировки

которых различны. По отношению к каждому из этих явлений необходимо применять дифференцированные критерии ограничения и выбора доминантного синонима.

Необходимо руководствоваться также следующими дополнительными требованиями: 1) носителями одних и тех же признаков понятий в разных терминах должны быть одни и те же слова или терминологические элементы. 2) однотипные понятия должны обозначаться терминами, звуковые комплексы которых построены по одной и той же структурно-семантической модели.

4. Медицинская терминология – это отраслевая макротерминосистема, состоящая из множества частных субтерминосистем. Лингвистические параметры некоторых из них имеют весьма существенные различия, связанные с языковым происхождением, структурно – семантическими моделями, фондом терминологических элементов и т. п. В разных субтерминосистемах пополнение происходит или преимущественно из исконно- язычного, или что значительно реже, термины оказываются разноязычными заимствованиями. Разнообразны структурные типы терминов (производные всех видов, словосочетания, аддитивные конструкции, аббревиатуры и т. д.). Лингвистическая специфичность той или иной субтерминосистемы должна всегда учитываться при введении в нее новых терминов. Исключительно велика роль специализации морфем классических языков. Употребление регулярных греко – латинских терминологических элементов – устойчивая база мотивированности терминов. Это обеспечивает высокую степень языковой системности, что в свою очередь повышает мнемоничность терминов.
5. Лингвистические требования, в первую очередь и в основном, следует предъявлять к терминам, вводимым впервые. Что же касается работы по лингвистическому упорядочению медицинских субтерминосистем с позиций вышеприведенных требований, то ее необходимо проводить осторожно, не впадая в крайности. По ряду причин невозможно добиться такого упорядочения, чтобы каждый отдельный термин и субтерминосистема в целом удовлетворяла всем требованиям, предъявляемым к лингвистическим параметрам. Нельзя не осознавать, что звуковой комплекс и мотивировка более консервативны, чем значение. Они не должны, за крайне редкими исключениями меняться в связи с расширением, углублением и даже изменением значения.
6. Конвенциональные требования (краткость, благозвучность, соответствие нормам литературного языка, унификация орфография, акцентологии осуществляемой и т.д.) должны поддерживаться практикой нормализации, составителями энциклопедий, медицинских словарей и редакторами медицинских издательств.

АНТОНИМИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНАХ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМЫ

Икрамова Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В процессе становления современной клинической терминологии для обозначения отклонений от нормы в сторону увеличения или уменьшения использовались терминологические элементы «гипер-», «гипо-», «поли-», «олиг-», «макр-», «мега-», «микр-», «суб-», «-пения», «супер-», «пер-», «-оз». Терминологические элементы «суб-», «супер-», «пер-», «плео-» постепенно вытесняются из сферы клинических терминов. Остальные терминологические элементы образуют между собой синонимичные и антонимичные пары. Анализ их семантических связей может быть использован в работе по упорядочению клинической терминологии. Для утверждения данного терминологического элемента в системе, равно как и для отбора предпочтительного термина, особое значение имеет наличие параллельного антонимичного ряда. Из перечисленных терминологических элементов антонимичные отношения прослеживаются в парах «олиг» - «поли» (количественные характеристики), «пения» - «оз» (количество элементов крови), «микр» - «макр», «микр» - «мега» (размеры), «гипер» - «гипо» (содержание каких-либо веществ в организме, аномалии развития, физиологические характеристики, двигательная активность, психическое состояние, изменения в деятельности органа, секреции, чувствительности.) Существование антонимичной словообразовательной модели усиливает оба антонимичных терминологических элемента, делает каждый более «конкурентноспособным» в собственном синонимичном ряду, хотя асимметричность антонимичных связей и наличие конкурирующих пар антонимов противодействуют системности и затрудняют процесс упорядочения терминологии.

ВЛИЯНИЕ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СПОРТСМЕНОВ

Исмамова М.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Художественная гимнастика — ациклический, сложно координированный вид спорта. Его специфика требует от спортсменки развития и совершенствования гибкости во всех ее проявлениях, тонкой координации движений, чувства ритма, музыкальности, артистичности. В свою очередь сложность структуры двигательных действий обуславливает необходимость запоминать большой объем относительно независимых друг от друга движений.

Цель исследования явилось изучение и сравнение особенностей морфометрических параметров частей тела гимнасток, занимающихся художественной гимнастикой и в качестве контрольной группы взяты показатели физического развития девочек, не занимающихся спортом, соответствующего возраста.

Материал и методы исследования. Изучены результаты обследования 80 девочек (из них 40 спортсменок, 40 девочек, не занимающихся спортом) Бухарского региона, в возрасте 9 и 10 лет. Измерение длины тела проводилось с помощью ростомера. Измерение массы тела проводилось с помощью медицинских весов. Измерение обхватов и длины конечностей проводилось с помощью сантиметровой ленты.

Результаты исследования и их обсуждение: В результате исследований выяснили, что рост у 9 летних девочек спортсменок варьировал от 118 см до 139 см, в среднем составляя $128,9 \pm 1,3$ см, а масса тела колебалась от 20,0 кг до 30,0 кг, в среднем $24,9 \pm 0,62$ кг. Исследования показали, что длина тела у девочек 9 летних, не занимающихся спортом находится в пределах от 122 см до 148 см, в среднем составляя $131,9 \pm 1,6$ см, а масса тела от 18 кг до 53 кг, в среднем была равна $27,2 \pm 2,17$ кг.

Длина тела девочек в возрасте 10 летних спортсменок занимающихся художественной гимнастикой находится в пределах от 122 см до 149 см, в среднем составляя $133,15 \pm 1,67$ см. Вместе с тем масса тела колебалась от 21,0 кг до 39,0 кг, в среднем была равна $27,8 \pm 1,116$ кг. Рост у 10 летних девочек не занимающихся спортом колебался от 126 см до 150 см, в среднем была $137,2 \pm 1,48$. При измерении масса тела колебалась от 21,0 кг до 44,5 кг, в среднем была равна $30,03 \pm 1,46$ кг.

Проведенные антропометрические исследования среди детей 9-летнего возраста девочек-гимнасток показали, что параметры роста девочек в 1,02 раз, а у 10 летнего возраста спортсменок в 1,03 раза отстают от параметров девочек-не спортсменок. Масса тела девочек, занимающихся художественной гимнастикой 9 летнего возраста ниже на 1,09 раза, а 10 летнего на 1,08 раза ниже чем у девочек, не занимающихся художественной гимнастикой. Длина туловища, у 9 летних девочек гимнасток на 3% (1,03 раза) меньше, а у 10 летних на 1% (1,1 раза) больше по сравнению контрольной группы. У 9-летних девочек-гимнасток обхват талии на 1,06 раза, а у 10 летних девочек – спортсменок в 1,03 раза меньше по сравнению девочек, не занимающихся художественной гимнастикой.

Исследования показали, что окружность живота у 9 летних девочек, занимающихся художественной гимнастикой на 1,05 раза, а у 10 летних на 1,03 раза меньше, чем у девочек-не спортсменок. Окружность груди в паузе у 9 летних девочек-гимнасток ниже на 7,8% и на 6,3% с 10 летними девочками не спортсменок. У 9 летних девочек – гимнасток окружность груди на высоте вдоха ниже на 7,6%, на 7,9% у 10 летних девочек при сравнение ровесницами не занимающихся спортом.

Окружность груди при полном выдохе у 9 летних девочек, занимающихся художественной гимнастикой ниже 8,5%, а у 10 летних ниже 7,5% по сравнению девочек не занимающихся художественной гимнастикой.

Длина бедра у 9-летних девочек контрольной группы больше на 4,1 %, а 10-летних на 0,9% по сравнению длина бедра гимнасток. Обхват бедра у 9 летних девочек, не занимающихся художественной гимнастикой меньше 4,3%, а у 10-летних меньше 4,2% в отличие от девочек-гимнасток этого возраста. Ширина таза у 9 летних девочек, занимающихся художественной гимнастикой меньше на 0,9%, а у 10 летних спортсменок больше на 0,4% по сравнению ширина таза девочек контрольной группы. Длина голени 9 летних девочек-не спортсменок меньше на 4,8%, а у 10 летних девочек на 0,8% по сравнению длина голени девочек гимнасток. При измерение параметров обхват голени 9 летнего возраста девочек гимнасток больше на 7,1%, а у 10 летнего возраста больше на 1,9% в отличие от девочек-гимнасток этого возраста. Длина стопы 9 летних спортсменок больше на 2,9%, а у 10 летних девочек меньше на 0,5% по сравнению длина голени девочек, не занимающихся художественной гимнастикой.

Выводы.

1. Спортсменки, занимающихся в секции художественной гимнастики 9 и 10 лет из экспериментальной группы имеют ниже роста, весовые показатели при сравнении девочками не спортсменок.
2. У девочек – гимнасток параметры окружности грудной клетки меньше по сравнению с девочек, не занимающихся спортом.
3. Окружные размеры бедра и голени у спортсменок больше, чем у девочек, контрольной группы. Это наверное, связана с большой нагрузкой на нижних конечностей во время тренировок у гимнасток.

МУАММОЛИ ЎҚИТИШ – ТАЪЛИМ БЕРИШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛИ

Кўзибоева М., Ўроқова О.

Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммоли ўқитиш, таълим беришнинг энг самарали усулларида бўлиб, у асосан илмий билимлар асосида муаммоли вазиятлар мантикини намойиш этади. Муаммоли вазиятлар киритилиб, анъанавий баён этиш ўқув материалининг энг оптимал таркиби ҳисобланади.

Муаммоли таълим – бу ўқитувчининг талабаларни кетма-кет муаммоли вазиятлар тизимини олдиндан ўйлаб қўйилган яратиш йўли билан муаммоли ўргатиш шартларини таъминлаш ва уларни талабалар томонидан ечиш жараёнини бошқариш бўйича фаолиятидир.

Муаммоли ўрганиш – таълим олувчиларнинг билимлар ва муаммоли вазиятни таҳлил қилиш, муаммони ифодалаш ҳамда уларни ечиш фаолият усуллари – тахминларни ўртага ташлаш, асослаш ва фарзани исботлаш орқали ўзлаштириши бўйича ижодий ўқув фаолиятини махсус тузилишидир.

Муаммоли ўқитиш деганда ўқитувчи раҳбарлигида муаммоли вазиятларни қўйиш ва уларни ечиш бўйича талабаларни фаол мустақил фаолиятини кўзда тутадиган ва натижада ижодий равишда касбий (ёки предмет) билим, кўникма ва малака (БКМ)лари ижодий эгалланган ҳамда ижодий қобилиятларини ривожлантирадиган ўқув машғулотларини ташкил этиш тушунилади.

Муаммоли технологиянинг максади таълим олувчиларга билим, кўникма ва малакаларни эгаллатиш, улар томонидан мустақил фаолият усуллари ўзлаштириш, уларнинг билиш ва ижодий қобилиятларини ривожлантиришдан иборат.

Муаммоли ўқитиш талабалар олдида муаммоли вазиятларни яратишда, талабаларнинг мустақиллигида ва ўқитувчининг умумий раҳбарлиги остида, мактаб талабаларининг ўқитувчи билан биргаликда фаолияти боришида бу вазиятларни англаш, қабул қилиш ва ҳал қилишда хулосаланади. Бироқ, бундай аниқлаш муаммоли ўқитишни тушунишнинг бутун ҳажмини акс эттирмайди. Бундан ташқари, баъзан ўқитишнинг тадқиқот усуллари гуруҳи ҳам муаммоли ўқитиш деб юритилади. Эҳтимол, бу ерда «муаммоли» сўзини тадқиқот маъносида тушуниш таъсир кўрсатади.

Ўқитувчиси томонидан қўйилган муаммони ҳал этиш жараёнида талаба маълумотларни қайта ишлабгина қолмайди, балки уларни ўзлаштирилади ва ўзи учун янги билимларни кашф этади. Муаммоли ўқитишнинг асосий моҳияти ҳамда афзаллиги шундаки, ўқитувчи таълим усуллари (муаммоли саволлар қўйиш, гипотезаларни илгари суриш ва уларни тасдиқлаш ёки рад этиш, талабаларга «ёрдам сўраб» мурожаат этиш ва бошқалар) орқали уларни ижодий фикрлашга ҳамда мунозарага қўрайди.

Муаммоли методлар – фандан муаммоли вазиятлар яратишга, талабаларнинг махсус фанлардан билимларини фаоллаштиришни талаб этадиган, мураккаб масалаларни излаш ва ечишга, таҳлилга, алоҳида фактлар ортида ҳодиса ва қонунларни кўра олишларига асосланган методлардир.

Ҳозирги замон психологияси ва дидактикаси шунга асосланадики, фикр юритиш жараёнининг бошланғич моменти, одатда, муаммоли вазият бўлади. Инсонда бирор нарсани тушунишга талаб пайдо бўлганидагина у фикр юрита бошлайди.

Муаммоли вазият – муайян қийинчилик сабаб юзага келган ҳолат бўлиб, уни бартараф этиш йўли топилиши керак. Вазифа енгил ҳал этиладиган ёки аксинча ҳал этилиши мумкин бўлмаган пайтда муаммоли вазият вужудга келмайди.

Муаммоли ўқитиш жараёнида ўқитувчи аввало муаммоли вазият яратади, саволлар қўяди, масалаларни, экспериментал топшириқларни таклиф қилади, муаммоли вазиятни ечишга қаратилган муҳокамани уюштирилади, хулосаларининг тўғрилигини тасдиқлайди. Талабалар олдинги билим ва тажрибаларига асосланиб муаммоли вазиятни ҳал қилиш йўллари тўғрисида ўйлайдилар ҳамда таклифлар киритадилар. Олдин олган билимларини умумлаштириб, ҳодисаларнинг сабабларини аниқлаган ҳолда, уларнинг келиб чиқишини тушунтиради, муаммоли вазиятни ечишнинг энг оқилона вариантини танлайдилар. Бу метод таълим олувчиларнинг билим қизиқишини оширибгина қолмай, уларда фикрлаш қобилиятини ҳам ривожлантиради.

ТАЪЛИМДА НОАНЪАНАВИЙ МЕТОДЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Кўзибоева М., Султонов Қ.И.

Андижон давлат тиббиёт институти

Давр талабига жавоб берувчи самарали педагогик жараёни ташкил қилиш, ўқув фаолиятини фаоллаштириш ва мотивлаштириш учун замонавий ва инновацион педагогик технологиялардан фойдаланиш эҳтиёжи туғилди.

Ўқишга иштиёқ, қизиқиш уйғотиш, ўқув жараёни ва фаолиятидан мамнунлик – маълумки, энг яхши натижаларни беради. Билим, кўникма ва малакаларни ўзлаштиришда талабанинг фаоллигини, қизиқиши ва ижодий мустақиллигини оширишга қаратилган замонавий педагогик технологиялар сабабли шунга кўп жиҳатдан йўл очади. Ахборот таъминоти кучли, моддий-техника ресурслари турли-туман, таълим олувчиларнинг ўқиш мотивацияси юқори бўлса таълим жараёнининг самараси ва сифати ҳам мақсадга мувофиқ бўлади. Бу технологиялардан бири ноанъанавий, яъни интерактив машғулотлардир. Лотинчадан “*inter*” – ўзаро, “*action*” – мулоқотдир. Интерактив усуллардан фойдаланишдан мақсад шуки, ўқув фаолиятини турли хил шаклда, қизиқарли, сермазмун, энг муҳими самарали қилиб ташкил қилиш, жадаллаштиришдир. Бунда талабанинг фикрлаш фаолияти фаоллашади, билими ортади, мустаҳкамланади, мулоқот фаолияти ривожланади, шахсияти шаклланади ва ўқув жараёнининг махсусдорлиги ортади.

Ҳозирги пайтда педагогларнинг асосий вазифаларидан бири талабада эркин фикрлаш, ташаббускорлик, мустақил шугулланиш, мустақил ўқиш ва ривожланиш малакасини ҳосил қилишдир. Педагогик жараёни ташкил этиш ва замонавий таълим методикаларига қўйиладиган талабларга амал қилишда ҳар бир талабанинг ўзига хос шахсий хусусиятларини ҳисобга олиш зарур. Маълумки, материални яхши ўзлаштириш учун шунчаки тинглаб, ёзиб ўтириш етарли эмас, балки шу материал устида фаол ишлаш, ўйлаб кўриш, муҳокама қилиб чиқиш, ёрдамчи вазифалар бажариш керак. Интерактив усуллардан фойдаланилганда талабанинг барча психик жараёнлари – идрок, сезгиси, тасаввури, диққати, онги, хотираси, ақли, фаолияти ва тафаккури ишга тушиб, муаммони ечиш учун мустақил равишда излашга, қидиришга, фикрлаш доирасини кенгайтиришга ва ривожлантиришга йўналтирилади. Бунда материални ўзлаштиришга бўлган эҳтиёж, майл ортиб боради ва натижа ҳам самарали бўлади. Инсон 4 хил фаолиятда ривожланади: мулоқот, ўйин, ўқиш ва меҳнат. Интерактив усулларнинг афзаллиги шундаки, унда фаолиятнинг 4 та тури ҳам амалга ошади. Интерактив усуллар амалий машғулот вақтида ўтказилиб, маъруза билимларини мустаҳкамлаш, тақрорлаш, чуқурлаштириш, аниқлаштириш, кенгайтириш ва ривожлантириш учун мўлжалланган.

ЎҚУВ МАҚСАДЛАРИ – ЎҚУВ НАТИЖАЛАРИНИНГ КАФОЛАТИ

Кўзибоева М., Бекиева М., Султонов Қ.И.

Андижон давлат тиббиёт институти

Талабалар хатти-ҳаракат орқали ўқитиш – педагогик технологиялар фалсафасининг негизидир. Педагогик технологияда ўқув мақсадларини қўйиш усули, бу ўқув натижалари орқали шакллантиришдан иборатдир.

Ўқитиш технологиясининг бошланиши – бу фаннинг ўқитиш мақсадларини белгилашдир. Назарий ва амалий машғулотлар аниқ мақсадга йўналтирилган ўқув жараёнларидир. Бу жараёнлар аввалдан белгиланган муайян ўрганиш мақсадларига эришиш учун олиб борилади. Агар ўқув мақсадлари белгиланмай ўтказилса у ҳолда дарснинг мазмуний ва дидактик тузилиши бузилади. Натижада дарс давомида мавзуга тааллуқли бўлмаган мазмунларга тўхталишга тўғри келади. Назарий ва амалий машғулотларни шакллантириш учун олдиндан мос келадиган мақсадларни ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Ўқув мақсадлари бу – муайян таълим жараёни якунида таълим олувчи томонидан ўзлаштирилиши, яъни ҳосил қилиниши лозим бўлган билим, хатти-ҳаракат билан боғлиқ бўлган амалий топшириқни уддалай олиш маҳорати, шахсий фазилатлар ва ҳулқни белгилайди.

Бошқача қилиб айтадиган бўлсак, ўқув мақсадлари олдиндан кўзланган якуний натижалар тавсифидир. Уни тўғри танлаш таълим жараёни учун ўта муҳимдир. Бунини қуйидаги ибора ёрдамида яхшироқ тушуна бўлади: “Қаерга боришни, охириги манзилини билмасдан туриб сафарга отланишдан ҳеч қандай маъно ва наф йўқ”.

Ҳар бир назарий дарс ва амалий машғулотнинг ўқув мақсадлари олдиндан аниқланиши лозим. Аниқланган ўқув мақсадлари, дарс мазмуни бўйича қайси назарий материалларни танлаш, уни ўтказиш бўйича қандай методик ва дидактик ресурслардан фойдаланиш лозимлигини белгилаб беради. Шундай қилиб, ҳар қандай таълим жараёнига ўқув мақсадлари таълим мазмуни, методлари ва воситаларни белгилаб берадиган экан.

Ўқув мақсадлари моҳиятига кўра уч соҳага бўлинади:

- когнитив (назарий билимларни ўзлаштириш билан боғлиқ) ўқув мақсадлари соҳаси.
- психомоторик (амалий ҳатти-ҳаракатни ўзлаштириш билан боғлиқ) ўқув мақсадлари соҳаси.
- аффектив (ҳулқ, ўзини тутиш, атроф муҳитга ва тевақал атрофдагиларга муносабатнинг шаклланиши ҳамда қадриятларни ўзлаштириш билан боғлиқ) ўқув мақсадлари соҳаси.

Хулоса қилиб айтганда, ихтиёрий таълим жараёнининг мақсади ҳар учала ўқув мақсадларидан иборат. Назарий дарсда кўпроқ когнитив соҳа, амалий таълимда эса кўпроқ психомоторик соҳа бўйича билимларни эгаллашга эътибор қаратиш лозим. Аффектив соҳага кўпинча унча эътибор берилмасдан келинар эди. Шахс камолотига янгича назар билан қаралаётган, қатта эътибор берилётган бугунги кунда бу соҳа янада қатта аҳамият касб этиб бормоқда.

КОМИЛ ИНСОННИ ТАРБИЯЛАШДА ПЕДАГОГИК ФАОЛИЯТНИНГ МАЗМУНИ

Кўзибоева М., Бекиева М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Педагогик фаолиятнинг мазмуни асосан ёш авлодни ҳаётга, меҳнатга тайёрлаш учун халқ олдида, давлат олдида жавоб берадиган, ёшларга тарбия бериш учун, лаёқатли, талаб доирасида барча ақлий ва ахлокий салоҳиятга эга бўлган махсус тайёргарликдан ўтган шахсларнинг алоҳида фаолиятини ташкил этади. Аниқроқ қилиб айтганда, ўқитувчиларнинг меҳнат фаолияти қомил инсонни тарбиялашга қаратилган мураккаб, зиддиятли ва узоқ давом этадиган жараёндир.

Ўқитувчилик касбини эгаллаган ҳар бир инсон аввало ўқитувчи шахсига ҳос хусусиятларни ўзида мужассам этиши, шунингдек, ўқитувчининг руҳий – педагогик тайёргарлигига қўйиладиган талабларни атрофлича ўзлаштирган бўлиши, танланган ихтисослик юзасидан керакли доирада педагогик маҳорат, техника, такт, зийраклик, қузатувчанлик, билимларни талабаларга етказа олиш қобилиятига эга бўлмоғи жуда муҳим.

Педагогик маҳоратни такомиллаштириш учун, аввало ўқув предметининг илмий – назарий асослари билан қуролланиш, унинг методологиясини эгаллашни, таълим тарбиянинг давр талабидаги мақсад ва вазифаларини тушуниш ва англаш, компьютер саводхонлигига эга бўлиш, мустақил билим олиш фаолиятини аниқ режалаштира олиш, педагогик таффакур эгаси бўлиб, педагогик техникани эгаллаш, ижтимоий фаоллик ва методик маданиятга эга бўлиш ҳамда бошқа маълумотлар керак бўлади. Педагогик фаолиятини бошлаётган ҳар бир ёш ўқитувчи, даставвал, ўз касбий маҳоратини шакллантириш ва такомиллаштириш устида ғамхўрлик қилиши, бу йўлда учрайдиган қийинчиликлардан қўрқмаслиги, саросимага тушмаслиги керак бўлади.

Шу ўринда эътироф этиб ўтиш жоизки, ҳозирги давр, миллий мустақиллик ўқитувчи – тарбиячининг ўз фаолияти жараёнида қуйидаги уч муҳим вазифани амалга оширишини талаб этади:

1. Ижтимоий буюртма сифатида таълим муассасаларида ўқув – тарбия ишларини ташкил этиш, амалга ошириш орқали, ақл – заковатли, билимдон, ишбилармон тадбиркорларни тайёрлаш ҳамда уларни давр техникаси ва унинг ишлаш технологияси билан яқиндан таништириш.

2. Таълим – тарбия ишларини амалга ошира бориб, ўқитувчи – талабаларни илмий билимлар билан қуроллантириш, эгалланган билимлар асосида уларда амалий қўникма, малакалар ҳосил қилиш ва узлуксиз таълимга тайёрлаш.

3. Қўлга киритилган маълумотлар асосида талаба – ёшларда илмий дунёқарашни шакллантириш, маънавий ахлокий салоҳиятини юксалтириш, жамият учун эркин фикрловчи ва иродаси бақувват ёшларни тарбиялаб вояга етказиш, уларнинг ўз-ўзини англаш, ўз-ўзини бошқариш малакаларини ҳосил қилиш, мустақил билим олишга ўргатиш, ғоявий–сиёсий эътиқодини ҳамда миллий – эстетик қадриятларини таркиб топтиришга эриштириш.

Бу вазифаларни ҳал этиш ва ўқитувчининг педагогик маҳоратини такомиллаштириш учун билим, маҳорат, салоҳият талаб этилади. Педагогик маҳоратнинг тақомили эса фаолиятини қуйидаги йўналишларда йўлга қўйган ўқитувчининг бундай тайёргарликка эга бўлиши ва амалга ошишини тажриба кўрсатмоқда

Зеро, фаннинг илмий–назарий ва методологик асоси билан қуролланиши ўқитувчига борлиқни, унинг тараққиёт қонуниятларини аниқ англаш ва талқин қилиш имконини беради. Чунончи, таълим – тарбия жараёни шу тараққиёт қонуниятларини англашга, тушуниб етишга қаратилган, мақсадга йўналтирилган ўқитувчи – талаба ҳамкорлигининг иборат мажмуадир. Бундай ҳамкорликда талабалар ўқитувчи раҳнамолигида борлиқдаги оддий ва мураккаб нарсаларнинг моҳият–мазмунини билишдан, мураккаб нарса ва ҳодиса, воқеа сирларини англашгача бўлган йўлни босиб ўтади. Табиат, жамият, тафаккур тараққиёти қонуниятларини ўзлаштириб уларга ўз муносабатини билдиради. Шу муносабат натижаси ўларок талабалар борлиқдаги нарса ва ҳодисаларнинг тузилишини, уларнинг алоқадорлигини, фарқини, бордан йўқ, йўқдан бор бўлмаслигини билиб оладилар, тасаввурлар ҳосил қиладилар. Шунга кўра асосий илмий ғоялар, давр концепцияси, қонуниятларни тўғри англаш, билиш оқибатида фаннинг бош йўналиши, методологияси эгалланади ва амалиётда қўлланилади. Бу давр тақозосидир.

ПЕДАГОГИК ЖАРАЁНДА ИНСОНИЙ-ШАХСИЙ ЁНДАШУВ

*Қўзибоева М., Аҳмедова Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Шахсга йўналтирилган технологиялар – бунинг марказида талаба шахси уни ривожлантириш учун, барча шароитларни яратиш, унинг тарбиявий салоҳиятини намоён қилишга ёрдам бериш ётади. Бунда талаба шахси фақатгина субъект бўлмай, приоритетга эга бўлган субъект бўлади. Бунда у таълимий тизимнинг мақсадига айланади. Бундай технологиялар “антропо –центрик технологиялар” дейилади.

Ўқитишнинг шахсга йўналтирилган технологияларига қуйидаги асосий тамойиллар хос бўлади:

- *инсонпарварлик*, яъни инсонга ҳар томонлама ҳурмат ва муҳаббат кўрсатиш, унга ёрдамлашиш, унинг ижодий қобилиятига ишонч билан қараш, зўрлашдан тўла воз кечиш;
- *ҳамкорлик*, яъни педагог ва талабалар муносабатидаги демократизм, тенглик, шериклик;
- *эркин тарбиялаш*, яъни шахсга унинг ҳаёт фаолиятини кенг ёки тор доирасида танлаб олиш эркинлиги ва мустақилликни бериш, натижаларни ташқи таъсирдан эмас, ички ҳиссиётлардан келтириб чиқариш. Шахсга йўналтирилган технологияларнинг коммуникатив асоси – педагогик жараёнда талабага инсоний-шахсий ёндашув ҳисобланади.

Шахсга янги қараш қуйидагилардан иборат бўлади:

- педагогик жараёнда шахс объект эмас, субъект ҳисобланади;
- ҳар бир талаба қобилият эгаси, кўпчилиги эса истеъдод эгаси ҳисобланади;
- юқори этик кадриятлар (саҳийлик, муҳаббат, меҳнатсеварлик, виждон ва бошқалар) шахснинг устивор хислатлари ҳисобланади.

Шахсий ёндашишда биринчи навбатда қуйидагилар зарур бўлади:

- ҳар бир талаба қиёфасида ноёб шахсни кўриш, уни ҳурмат қилиш, тушуниш, қабул қилиш, унга ишониш. Педагогда барча талабалар истеъдодли деган ишонч бўлиши керак.
- шахсга, ютуқни маъқулловчи, қўллаб-қувватловчи, хайрихоҳ вазиятлар яратиш, яъни ўқиш қониқиш ва хурсандчиликни олиб келиши керак.
- бевосита мажбурлашга йўл қўймаслик, қолоқликка ва бошқа камчиликларга урғу бермаслик, унинг нафсониятига тегмаслик.
- педагогик жараёнда, талабаларга ўз қобилиятларини рўёбга чиқаришга имконият яратиш ва қўмаклашиш.

Олий, ўрта махсус ва касбий таълим тизими учун, ўқитишнинг шахсга йўналтирилган технологияларига қуйидагиларни киритиш мумкин:

- ишбилармонлик ўйинлари;
- муаммоли ўқитиш;
- табақалаштирилган ўқитиш;
- дастурлаштирилган ўқитиш;
- компьютерлаштирилган ўқитиш;

Шахсга йўналтирилган ўқитиш технологиялари илмий-техникавий тараққиёти жадаллаштирилган даврида ривожланган давлатларда шакллантирилганлигини инобатга олган ҳолда улар чуқур илдизларга эга эканлигини таъкидлаш тўғри бўлар эди.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ – ЎҚИТИШГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ СИФАТИДА

*Қўзибоева М., Бекиева М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Таълимни технологиялаштиришнинг асосини таълим жараёни ва таълим олувчиларнинг берилган шароитларда ва ажратилган вақт ичида лойиҳалаштирилаётган ўқув натижаларига эришишларини кафолатлаш мақсадида тўлиқ бошқаришга йўналтирилган ғояси ташкил этади. Бундай ёндашишнинг моҳияти, таълим жараёнини тизимлаштиришдан, уни аниқ расмийлаштирилган ва қисмлари бўйича аниқ элементларга ажратиш ёрдамида максимал шакллантиришдан иборат.

Тадқиқотларда технологиялаштириш ўқув жараёнининг қатнашувчиларининг (таълим берувчи ва таълим олувчилар) ўзаро ҳаракати усули ва воситалари деб фикр юритилади. Таълим технологиясининг элементлари-усуллар, йўللари, воситалар ва шакллар қуйидагиларга адекват танланади ҳамда қўлланилади:

- Таълим мақсадларига;
- Ўқув ахборотининг мураккаблигига ва мазмунига;
- Таълим олувчиларнинг ёши, психологик ва физиологик хусусиятларига;
- Таълим берувчининг педагогик маҳоратига ва индивидуал хусусиятига;
- Ўқув муассасасининг моддий таъминланганлигига.

Таълим технологияларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш илмий муаммо сифатида махсус тадқиқотлар олиб боришни кўзда тутати. Бунда, энг аввало, қуйидагиларни аниқлаш лозим:

- таълим технологияларини илмий ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш учун ижтимоий-педагогик асослар мавжудлигини аниқлаш;
- таълим мажмуа сифатида нимани англатиши ва қандай таркибий қисмлардан ташкил топганлигини белгилаш;
- таълим технологиясининг функционал мажмуи жараён сифатида нималардан иборатлигини аниқлаш;

- таълим технологиялари “Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури” мақсадларига қай даражада тўғри келиши ва уни баҳолаш мумкинлигини кўрсатиб бериш;
- педагогик технологиянинг мажмуалар назариясининг асосий қонуниятларига мослигини назоратда тутиб туриш йўл-йўригини ишлаб чиқиш.

Шуни айтиш жоизки, таълим технологиялари, педагогика илмининг тадқиқот объекти сифатида, аниқ фанларни ўқитиш услуби бўлибгина қолмай, ижтимоий фанларни ўқитишда ҳам янгича ёндашув сифатида қайд қилиниши лозим.

МОДУЛЛИ ЎҚИТИШ – ЎҚИТИШНИНГ ИСТИҚБОЛЛИ ТИЗИМИ

*Қўзибоева М., Аҳмедова Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Таълим оловчиларнинг қобилияти, онг ва кўникмаларини ривожлантириш, илмий – амалий билимларини чуқурлаштириш масаласи бугунги кунда муҳим аҳамиятга эга. Бу муаммони ҳал этиш талабаларнинг қобилиятини ўсишига ва онгли равишда ўз касбларига қизиқиши ҳамда масъулиятини ошишига ёрдам беради.

Ўқитиш технологияларга доир ўтказилган изланишлар шуни кўрсатдики, талабаларда касбий билим ва кўникмаларни шакллантиришда модулли ўқитиш технологияси яхши натижа беради.

Таълимни ривожлантиришнинг самарали йўналишларидан бири – фанларни модулли технология асосида ўқитишдир. Анъанавий таълимда ўқув мақсадлари педагог фаолияти орқали ифодаланган, яъни билим беришга йўналтирилган бўлса, модулли ўқитишда талабалар фаолияти орқали ифодаланиб, бевосита касбий фаолиятга йўналтирилган бўлади.

Модулли ўқитиш – ўқитишнинг истиқболли тизимларидан бири ҳисобланади, чунки у талабаларнинг билим имкониятларини ва ижодий қобилиятларини ривожлантириш тизимига энг яхши мослашгандир.

Модулли ўқитиш, касбий таълимнинг қуйидаги замонавий масалаларини ҳар томонлама ечиш имкониятини яратди.

-модул – фаолиятлик асосида ўқитиш мазмунини оптималлаш ва тизимлаш, дастурлар ўзгарувчанлиги, мослашувчанлигини таъминлаш;

-ўқитишни индивидуаллаштириш; амалий фаолиятга ўргатиш ва ўқитиш самарадорлигини назорат қилиш;

-талабаларни касбга қизиқтириш асосида фаоллаштириш, мустақил ўқитиш имкониятларини тўла рўёбга чиқариш.

Ўқитишнинг модулли технологияси ўқитишнинг қабул қилинган тамойилларига мувофиқ ишлаб чиқилиши ва амалга оширилиши керак.

Замонавий таълим – юксак малакали мутахассисларни бозор иқтисодиёти талабларини инобатга олиб тайёрлашни, талабаларнинг танлаган ихтисосликлари бўйича билим, кўникма ва малакаларни шакллантиришни, мустақил равишда амалий фаолиятга ўргатишни таъминлаши керак.

ҲАМКОРЛИҚДА ИШЛАШ – КАФОЛАТЛАНГАН НАТИЖА

*Қўзибоева М., Султонов Қ.И.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги вақтда таълим жараёнида ўқитишнинг замонавий методлари кенг қўлланилмоқда. Ўқитишнинг замонавий методларини қўллаш ўқитиш жараёнида юқори самарадорликка эришишга олиб келади. Таълим методларини танлашда ҳар бир дарснинг дидактик вазифасидан келиб чиқиб танлаш мақсадга мувофиқ саналади.

Анъанавий дарс шаклини сақлаб қолган ҳолда, унга турли-туман таълим оловчилар фаолиятини фаоллаштирадиган методлар билан бойитиш таълим оловчиларнинг ўзлаштириш даражасининг кўтарилишига олиб келади. Бунинг учун дарс жараёни оқилона ташкил қилиниши, таълим берувчи томонидан таълим оловчиларнинг қизиқишини орттириб, уларнинг таълим жараёнида фаоллиги муттасил рағбатлантирилиб турилиши, ўқув материални кичик-кичик бўлақларга бўлиб, уларнинг мазмунини очишда ақлий ҳужум, кичик гуруҳларда ишлаш, баҳс-мунозара, муаммоли вазият, йўналтирувчи матн, лойиҳа, ролли ўйинлар каби методларни қўллаш ва таълим оловчиларни амалий машқларни мустақил бажаришга ундаш талаб этилади.

Интерфаол методлар деганда-таълим оловчиларни фаоллаштирувчи ва мустақил фикрлашга ундовчи, таълим жараёнининг марказида таълим оловчи бўлган методлар тушунилади. Бу методлар қўлланилганда таълим берувчи таълим оловчини фаол иштирок этишга чорлайди. Таълим оловчи бутун жараён давомида иштирок этади. Таълим оловчи марказда бўлган ёндашувнинг фойдали жиҳатлари қуйидагиларда намоён бўлади:

-таълим самараси юқориқроқ бўлган ўқиш-ўрганиш;

-таълим оловчининг юқори даражада рағбатлантирилиши;

-иллари орттирилган билимнинг ҳам эътиборга олинishi;

-ўқиш шиддатини таълим оловчининг эҳтиёжига мувофиқлаштирилиши;

-таълим оловчининг ташаббускорлиги ва масъулиятининг қўллаб-қувватланиши;

-амалда бажариш орқали ўрганилиши;

-икки тарафлама фикр-мулоҳазаларга шароит яратилиши.

Инновацион технологиялар педагогик жараён ҳамда ўқитувчи ва талаба фаолиятига янгилик, ўзгаришлар киритиш бўлиб, уни амалга оширишда асосан интерактив методлардан тўлиқ фойдаланилади. Интерактив методлар – бу жамоа бўлиб фикрлаш деб юритилади, яъни педагогик таъсир этиш усуллари бўлиб, таълим мазмунининг таркибий қисми

ҳисобланади. Бу методларнинг ўзига хослиги шундаки, улар фақат педагог ва талабаларнинг биргаликда фаолият кўрсатиши орқали амалга оширилади.

Бундай педагогик ҳамкорлик жараёни ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, уларга қуйидагилар киради:

-талабани дарс давомида бефарқ бўлмасликка, мустақил фикрлаш, ижод этиш ва изланишга мажбур этиши;

-талабаларни ўқув жараёнида бўлган қизиқишларини доимий равишда бўлишини таъминлаши;

-талабанинг билимга бўлган қизиқишини мустақил равишда ҳар бир масалага ижодий ёндошган ҳолда қучайтириши;

-педагог ва талабанинг ҳаммиса ҳамкорликдаги фаолиятини ташкилланиши.

Педагогик технологиянинг энг асосий негизи – бу ўқитувчи ва талабанинг белгиланган мақсаддан кафолатланган натижага ҳамкорликда эришишлари учун танлаган технологияларига боғлиқ, яъни ўқитиш жараёнида, мақсад бўйича кафолатланган натижага эришишда қўлланиладиган ҳар бир таълим технологияси ўқитувчи ва талаба ўртасида ҳамкорлик фаолиятини ташкил эта олса, ҳар иккаласи ижобий натижага эриша олса, ўқув жараёнида талабалар мустақил фикрлай олсалар, ижодий ишлай олсалар, излансалар, таҳлил эта олсалар, ўзлари ҳулоса қила олсалар, ўзларига, гуруҳга, гуруҳ эса уларга баҳо бера олса, ўқитувчи эса уларнинг бундай фаолиятлари учун имконият ва шароит ярата олса, ўқитиш жараёнининг асоси ҳисобланади. Ҳар бир дарс, мавзу, ўқув предметининг ўзига хос технологияси бор, яъни ўқув жараёнида педагогик технология – бу яқка тартибдаги жараён бўлиб, у талабанинг эҳтиёжидан келиб чиққан ҳолда бир мақсадга йўналтирилган, олдиндан лойиҳалаштирилган ва кафолатланган натижа беришига қаратилган педагогик жараёндир.

ТАЛАБАЛАРГА МАЪНАВИЙ, АХЛОҚИЙ ТАРБИЯ БЕРИШДА МИЛЛИЙ МАЪНАВИЙ МЕРОСДАН ФОЙДАЛАНИШ АСОСЛАРИ

*Қўзйбоева М.М., Гофурова Ю.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мустақиллик жамиятимиз ҳаётининг иқтисодий, ижтимоий ва сиёсий соҳалари билан бирга маънавий, маданий, мафкуравий ҳамда маърифат жабҳаларида ҳам янги даврни бошлаб берди. Шу боис истиклолга хос маънавий муҳит шакллана бошлади. Халқимизнинг миллий ўзлиги, миллий, диний, эътиқоди, қадриятлари анъанавий ва урф-одатларини тиклаш, авайлаб асраш ҳамда келажакка етказиш учун шарт-шароитлар яратилди.

Жамиятнинг маданий, мафкуравий ҳаётда, одамларнинг онги ва дунёқарашига, имом-эътиқод, билим савияси, маънавий қиёфаси, таълим-тарбиясида муҳим ўзгаришлар рўй бермокда.

Буюк файласуф Афлотун ҳар қандай давлатнинг равнақи шу мамлакат фуқароларнинг ижтимоий ва мафкуравий тозалик сифати билан чамбарчас боғлиқлигини алоҳида уқтиради. Шуни ҳам айтиш керакки, одамзотда маъно ва онг мукамал ривожлангандагина ҳақиқий гўзаллик, нафосат вужудга келади. Ҳаёт-узлуксиз, тарбия узлуксиз. Муқаддас ҳадисларимизда «бешиқдан қабргача илм ўрган» дейилган. Бундай илм узлуксиз педагогик таълим жараёнида ўқитувчининг касб тарбияси орқалигина амалга ошади. Ана шундагина ўқитувчи болани эмас, бола ўқитувчини танлайди, унинг хоҳиши иродаси ўқувчи фаолиятини белгиламайди. Ана шундагина бола эркин фикрлайдиган, ўзининг эркинлигини ҳис этадиган бўлади. Халқимизда «бўлар бола бешиқдан маълум» деган ҳикмат бор. Ҳар бир йигит-қиз келажакда комил инсон, ўз даврининг етук шахси бўлиб вояга етиши учун маънан, ахлоқан ва жисмоний тарбия топиши зарур. Инсон камолоти унинг ривожланишида миллий маънавият муҳим аҳамиятга эга. Миллий маънавиятни эса аждодларимиз маънавий меросларидан айро тутиш нојоиздир. Ҳамма даврларда мутафаккирлар ўз таълимотларида инсоннинг қадр-қиммати, баркамоллиги унинг маънавий ахлоқий камолотида, деб қараганлар. Уларнинг илмий ва ижодий фаолиятида инсон шахси муаммолари, унинг камолоти масалаларига ўз ифодасини топган ва комил инсон тарбиясининг бутун бир тузилиши яратилган.

Комусий олимларимиздан Ал-Хоразмийнинг илми билимлар соҳасидаги кашфиётлари, Абу Наср Фаробийнинг концепцияси, Абу Райҳон Берунийнинг илмий билим йуллари, усуллари, илм-хунарни эгаллаш услублари, ахлоқликнинг белгилари ва уни таркиб топтириш усуллари оид қарашлари, Абу Али ибн Синонинг ақлий, жисмоний камолотга оид маълумоти, таълим-тарбия тарихида яратилган барча таълимий-ахлоқий асарлар баркамол инсон тарбиясида муҳим асос бўлади. Бугунги ўзгаришлар салоҳиятли, юксак маънавиятли, юқори малакали, онгли ва ижодкор, жамият ва халқ олдида ўз маъсулиятини ҳис эта оладиган шахсларни тарбиялашни талаб этади.

Талабаларни ҳар томонлама етук, баркамол бўлиб етишишлари учун энг аввало, кичик ёшидан тарбия қила бошланса, уларга олий ўқув юртлари ўқув дастурига киритилган барча фанлардан маърузаларда, амалий машғулотларда ҳам маънавий тарбияга йўналтирилган фикрларни ҳам баён этиш зарур. Бунинг учун ўқитувчи ўзи ҳам миллий истиклол гоёлари маънавият ва миллий мафкурамиз ҳақида тўла-тўқис билимга эга бўлмоғи даркор.

ФОРМИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ФИБРОЗНЫХ БЛЯШЕК В АОРТЕ

*Латипжонова Ф., Маматалиев А.Р., Маматалиева М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Данные литературы свидетельствуют о том, что, по – видимому, в каждой популяции есть свои особенности формирования атеросклероза, следовательно, необходим поиск новых факторов риска, учет которых помог бы более точно отразить механизм формирования атеросклероза.

Задача исследования. Изучить формирование фиброзной бляшки.

Материал и методы исследования. Морфометрическая оценка атеросклеротических поражений сосудов производилась с целью определения общего процента интимальной поверхности, занятой всеми видами атеросклероза. При изучении аорты в каждом случае проводилось описание макроскопических изменений их внутренней поверхности с

указанием преимущественного поражения грудного или брюшного её отделов. Всего было исследовано 80 трупов в возрасте от 20 до 59 лет. Последние были разделены по возрастным группам: 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и 50-59 лет и по национальным признакам коренное (КН) и некоренное население (НКН).

Ритмические структуры в среднем во всей группе мужчин (20-59 лет) коренного населения отмечены нами в 57% наблюдений, в группе некоренного населения – в 59, 8%.

В зависимости от возраста частота ритмических структур в аорте мало колебалась в группе коренного населения (от 54 до 61,0%); значительно большие колебания отмечены в группе некоренного населения (от 48,0 до 73,5%).

В значительной части наблюдений ритмические структуры выявлены одновременно в грудной аорте и брюшной аорте (средняя для всей группы коренного населения – 24,5%, некоренного населения – 28,2%).

При сравнении частоты ритмических структур в аорте с учетом возраста в группах коренного и некоренного населения этот показатель был несколько большим среди коренного населения до 40 лет (особенно в 20-29 лет), тогда как у лиц старше 40 лет ритмические структуры в аорте несколько чаще обнаруживались среди некоренного населения.

Выводы. Таким образом, в группе лиц с выраженным атеросклерозом частота ритмических структур была меньшей, чем в группе так называемых практически здоровых лиц со слабо выраженным атеросклерозом, что связано с вовлечением ритмических структур при развитии фиброзных бляшек и прямым переходом ритмических структур в фиброзные бляшки.

ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРИРОДНЫХ ВОЛОКОН РОГОЗЫ

Мамадалимов А.Т., Муминова Г.М., Гуламов Ш.А.

*Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние годы исследованию природных волокон уделяется большое внимание. В связи с тем, что природные волокна имеют микрофибрилярную структуру с чередующимися аморфными и кристаллическими областями, размеры которых порядка нанометров, большой интерес вызывает исследование физических, в частности, электрофизических свойств этих природных волокон. Например, в природных полимерных волокнах обнаружены полупроводниковые свойства и показана их высокая чувствительность к свету, температуре, влажности и легированию химическими элементами.

В связи с тем, что наши микроскопические исследования показали, что листья растения рогоза содержат в себе соответствующие волокна, то исследование физических свойств рогозы является актуальной задачей.

Цель исследования. Целью данной работы является исследование электрофизических свойств волокносодержащего растения рогозы.

Методы исследования. Для исследования электрофизических свойств волокносодержащего растения рогозы были изготовлены соответствующие образцы с омическими контактами. На специально собранной установке с электрической схемой, были измерены вольт-амперные характеристики образцов.

Результаты исследования. Исследованы электрофизические свойства поверхностных слоев рогозы. После обработки их с KMnO_4 обнаружено, что поверхностные слои волокнистой рогозы обладают полупроводниковыми свойствами. Эксперименты показывают, что в исходных образцах, которые легированы KMnO_4 , электропроводность волокнистой рогозы возрастает при повышении температуры по экспоненциальному закону с энергией активации $E_1=0,33; 0,18 \text{ эВ}$ и $E_2=0,5 \text{ эВ}$, соответственно. Выявлена неустойчивость электрического тока при повышении температуры от 300 до 340К. Вольтамперные характеристики в темноте и при освещении УФ светом с $h\nu=5,0 \text{ эВ}$ имеют линейный характер. При включении УФ света, нарастание фототока происходит по экспоненциальному закону с $\theta=5-10 \text{ мин}$. После выключения УФ света обнаружена долговременная релаксация фотопроводности, связанная прилипанием носителей заряда на глубокие уровни в запрещенной зоне рогозы, образованные после обработки их с KMnO_4 .

Выводы. Обнаружено уменьшение электропроводности после легирования волокнистой рогозы с KMnO_4 . Это, по-видимому, связано с уменьшением свободных носителей за счет компенсации глубокими уровнями волокнистой рогозы.

На основе проведенных исследований были созданы преобразователи сигналов-фотоэлементов, обладающие высокой чувствительностью в видимой и ультрафиолетовой области оптического спектра. Вольтамперные характеристики созданных преобразователей сигналов в темноте и при освещении имеют линейный характер. Таким образом, установлено, что рогоза с узкими листьями содержит особо тонкие волокна, которые способствуют повышению его прочности. Полученные данные помогут в понимании физических свойств рогозы и могут быть использованы в практической медицине.

МОТИВАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ КАК РАЗВИТИЕ ПОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ

Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальной задачей современного образования является реализация компетентностного подхода в образовании, а именно, формирование обобщенных и прикладных предметных умений, жизненных позиций. Вопросы активизации учения обучаемых относятся к числу наиболее значимых проблем современной педагогической науки и практики. Реализация принципа активности в обучении имеет определенное значение, так как обучение и развитие носят деятельностный характер и от качества учения зависит результат обучения, развития и воспитания студентов. Главной

задачей преподавателя на современном этапе – сформировать мыслящего, творческого, активного, креативного, высококвалифицированного человека на основе современных образовательных программ.

Овладение учебным предметом, как известно, зависит не только от условий объективного порядка, но и субъективного. Знание учебного предмета, его оценка совершается не по тем объективным ценностям, которые содержит в себе учебный предмет, а по тому отношению, которое у них вырабатывается в результате систематического взаимоотношения с учебным предметом. Психологами и методистами доказано, что большое влияние на результативность учения и процесса овладения значениями оказывают мотивационные факторы, которые предполагают наличие мотива в действиях учащегося, обуславливающего его целенаправленное обучение. Одним из факторов является познавательный интерес. Важно развивать интерес учащегося не только к самим знаниям, но и к процессу самостоятельного добывания этих знаний и совершенствования имеющихся. Иными словами, познавательный интерес следует рассматривать и как средство более прочного усвоения материала обучения, и как стимул к расширению и углублению имеющихся знаний.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПЕДАГОГА В УСЛОВИЯХ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

На сегодняшний день наука играет важную роль в современном обществе. Уровень развития науки может служить одним из основных показателей развития общества, а также показатель экономического, культурного, образованного современного развития государства. В связи с этим наш Президент уделяет особое внимание развитию науки, подготовки научных кадров, совершенствованию работы научных центров.

Возрастающая роль науки в общественной жизни породила ее особый статус в современной культуре и образовании. Остро ставится проблема особенностей научного познания и его соотношения с другими формами познавательной деятельности. Достижения науки воздействуют на учебно- воспитательный процесс, на содержание программ, учебников, на технологию, формы и методы обучения. Ведущая роль здесь принадлежит педагогической науке. Это осуществляется через культурную деятельность и систему образования.

В процессе функционирования и развития общества довольно важную роль играет культурное наследие прошлого. Эта проблема решается в процессе социализации индивидов, задачей которой является приобщение человека к нормам и ценностям культуры и превращение его в полноправного члена общества. Существенным компонентом процесса социализации индивидов выступает образование, т.е. обучение человека с целью передачи накопленных знаний и ценностей.

Система образования становится ключевым фактором общественного процесса. Современный специалист должен быть подготовлен так, чтобы был всегда готовым идти нога в ногу с процессом науки и технологии, его образование должно воспитывать в нем способность интеллектуальному творчеству и к интеллектуальному восприятию сделанного другими. Можно сказать, что наука - это то, чему можно научить или научиться, т.е. передать знания или умения или добавить знания самому. Образовательный процесс это есть процесс передачи и получения знаний и умений.

В образовательном процессе педагог призван быть носителем идей обновления на основе сохранения и приумножения традиций образования и мирового опыта. Новые условия существования образовательной сферы, развитие науки, обновление содержания образования, развитие инновационных форм и методов обучения, возрастающее требование к качеству знаний - все это требует повышения профессиональной компетентности и формирования готовности будущего педагога к выполнению профессиональной деятельности.

Современному обществу нужны образованные, нравственные, предприимчивые люди, способные самостоятельно принимать ответственные решения в ситуации выбора, мобильные специалисты, должны обладать развитым чувством ответственности. Чтобы достичь этой цели, нужно не только обновить содержание и технологии образования, но и подготовить педагога, способного решать эти сложные социально - педагогические задачи. Удовлетворение этих потребностей общества требует современного педагога высокой культуры, глубокой нравственности, заинтересованности педагога в развитии научного потенциала своих учащихся, способности к инновационной деятельности, самосовершенствованию и профессиональной активности.

Сегодня является актуальной проблема повышения уровня профессиональной компетентности будущего учителя, способного свободно и активно мыслить, воплощать новые идеи и технологии обучения.

Профессиональная деятельность педагога неполноценна, если она строится только на воспроизводстве однажды усвоенных методов работы. Необходимо использовать методы для достижения более высоких результатов образования и методы, способствующие развитию личности самого педагога. Педагог, находящийся в постоянном поиске, гораздо быстрее достигает высших уровней педагогического мастерства.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Метод (от греческого тейюйоз, что в дословном переводе на русский язык означает «путь исследования, теория) - способ достижения какой-либо цели или решения конкретной задачи.

Метод рассматривают как сочетание способов и форм обучения, направленных на достижение определенной цели обучения. Он содержит способ и характер организации познавательной деятельности студентов, то есть представляет собой систему совместных действий преподавателя и студентов, которые вызывают специфические изменения в психике,

в деятельности субъекта учения, обеспечивающие формирование у субъектов учения определенного вида деятельности. Метод обучения может быть открыт, а способ обучения изобретен.

Рассмотрим соотношение таких терминов как метод, методика, технология.

- ◆ Метод, лежащий в основе той или иной технологии, раскрывает структурный аспект всех выполняемых действий
- Методика реализуется в образовательной практике с помощью определенной системы методов и приемов.
- * Технология обладает определенной системой предписаний, гарантированно ведущих к цели, т.е. инструментальной всех действий для ее достижения.

Активные методы - это способы активизации учебно-познавательной деятельности студентов, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом, когда активен не только преподаватель, но активны и студенты. В основе традиционного объяснительно - иллюстративного подхода к обучению лежит принцип передачи студентам знаний в готовом виде. В случае же использования активных методов происходит смещение акцентов и направлении активизации умственной деятельности студентов.

Активные методы обучения позволяют решить одновременно три учебно-организационные задачи:

- 1) подчинить процесс обучения управляющему воздействию преподавателя;
- 2) обеспечить активное участие в учебной работе как подготовленных студентов, так и не подготовленных;
- 3) установить непрерывный контроль за процессом усвоения учебного материала.

Методы активного обучения могут использоваться на различных этапах учебного процесса этап - первичное овладение знаниями. Это могут быть проблемная лекция, эвристическая беседа, учебная дискуссия и т.д.

- 1) этап - контроль знаний (закрепление), могут быть использованы такие методы как коллективная мыслительная деятельность, тестирование и т.д.
- 2) этап - формирование профессиональных умений, навыков на основе знаний и развитие творческих способностей, возможно использование моделированного обучения, игровые и неигровые методы.

Интерактивные методы позволяют учиться взаимодействовать между собой, то есть обучение, построенное на взаимодействии всех обучающихся, включая педагога. Эти методы наиболее соответствуют личностно-ориентированному подходу, так как они предполагают со-обучение (коллективное, обучение в сотрудничестве), причем и обучающийся и педагог являются субъектами учебного процесса. Педагог чаще выступает лишь в роли организатора процесса обучения, лидера группы, фасилитатора, создателя условий для инициативы учащихся. Интерактивное обучение основано на прямом взаимодействии учащихся со своим опытом и опытом своих друзей, так как большинство интерактивных упражнений обращается к опыту самого учащегося, причем не только учебному. Новое знание, умение формируется на основе такого опыта.

Таким образом, использование методов интерактивного обучения способствует активизации студентов в поиске знаний.

ВИДЫ ПИСЬМЕННЫХ РАБОТ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ ГРУПП НАУЧНОМУ СТИЛЮ РЕЧИ

Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

В практике преподавания русского языка одной из форм коммуникации является письменная речь. Она является довольно сложным видом речевой деятельности. Развитие навыков письма и письменной речи требует специального отбора и организации учебного материала. Мы можем представить некоторые виды письменных работ, а именно плана, тезисов, конспекта, которые могут быть использованы при обучении студентов научному стилю русского языка. Эти виды письменных работ могут быть использованы для развития у студентов дополнительных навыков письма и письменной речи, необходимых для конспектирования учебной литературы и записи лекций, материалов Интернета:

- 1) навык беглого письма;
- 2) навык использования языковых средств, встретившихся в тексте или в речи лектора;
- 3) навык сокращения слов и употребление условных обозначений;
- 4) навык сокращения предложений;
- 5) навык выделения и краткой записи главной, но ранее известной студентам информации;
- 6) навык выделения и быстрой записи главной, но ранее неизвестной студентам информации.

Необходимость формирования и развития именно этих навыков называется психологическими трудностями, которые испытывают студенты при конспектировании учебной литературы и записи лекций на русском языке: выделение главной информации. Остановимся на тезисах. При составлении конспекта студентам приходится не только сокращать текст, но и проводить логический анализ и отбор материала. В ней выделяется главное вывод, то есть тезис.

Тезисы позволяют развивать у студентов навыки выделения и краткой записи главной информации, сокращения слов и предложений, навык использования языковых средств, употребляемых лектором.

Использование тезисов даёт возможность сократить объём записей студентов и содействует развитию логического мышления, так как требует не только нахождения в тексте тезисов, но и умения самостоятельно делать вывод, кратко и чётко выражать своими словами сущность прочитанного или услышанного. При обучении составлению тезисов следует начинать с образцов тезисов какой-либо статьи, а затем текстов, лекций, ознакомить их с видами простого и сложного тезисов. Тексты должны быть учебными и содержать материал, известный студентам. Постепенно объём текстов следует увеличивать. Таковы виды работ, которые могут быть использованы для обучения студентов тезированию учебных текстов.

Таким образом, развитие навыков письменной речи требует специальной организации учебного занятия.

ХОРОШАЯ РЕЧЬ-ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА ОБРАЗОВАННОГО ЧЕЛОВЕКА

Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Сегодня мир стремительно изменяется, приобретая черты совершенно иной реальности, нежели та, что была два десятилетия назад, — меняется и речевое воплощение этой реальности, речевое поведение значительных социальных групп. То, что обусловлено речевым употреблением, причем отнюдь не самых образованных членов общества, все более активно вторгается в область языковых норм, размывая и искажая их.

В 20 годы XX века появилась новая научная дисциплина – культура речи. Появление ее было вызвано, прежде всего, социальными причинами – существованием широких масс населения, недостаточно хорошо владевших литературным языком. Все вышесказанное определило актуальность данной темы. Что такое культура речи?

Культура речи – особый раздел науки о языке, главным результатом изучения которого должно быть умение говорить и писать правильно. Одной из задач культуры речи является постоянное наблюдение за развитием норм, появлением новых вариантов произношения, постановки ударения, употребления слов и грамматических конструкций. В настоящее время проблемой для русского языка стали перегруженность заимствованиями, проникновение в СМИ жаргонизмов, просторечной и даже нецензурной лексики, огромное количество речевых ошибок.

Умение говорить и писать красиво издавна считается отличительной чертой культурного, образованного человека. Правильность речи, ее точность, логичность, уместность, чистота, богатство, выразительность являются в языковедении критериями хорошей речи. Качествами правильной речи должны обладать люди всех профессий, в том числе и будущие врачи. Так как врачу приходится общаться с пациентами почти каждый день. При этом врач должен быть деликатным. От его слов зависит эффективность лечения.

В основе хорошей речи лежит, прежде всего, ее правильность. Речь должна соответствовать всем нормам литературного языка: орфоэпическим, акцентологическим, морфологическим, синтаксическим, лексическим, стилистическим (письменная речь еще и орфографическим и пунктуационным нормам).

Точной считается речь, в которой мысли и чувства говорящего передаются ясно, полно и лаконично. На занятиях русского языка мы стараемся научить студентов точно, правильно, логично выражать свою мысль. Логичность речи основана на логичности мышления, т.е. необходимо уметь логично рассуждать, строить умозаключения, аргументировать свою точку зрения. Эту работу надо отрабатывать на каждом занятии, чтобы сформировывать у студентов необходимые навыки говорения. Таким образом, от культуры речи и общения человека зависит процветание общества.

Невозможно построить процветающее и достойное общество, опираясь только на материальные блага. Культуры речи даёт возможность обществу гармонично развиваться. Она позволяет сохранить свою самобытность, но вместе с тем способствует рождению диалога между различными культурами.

ДЕЛОВЫЕ И РОЛЕВЫЕ ИГРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Игра – форма деятельности в условных ситуациях, направленной на воссоздание и усвоение общественного опыта, фиксированного в социально закреплённых способах осуществления предметных действий, в предметах науки и культуры. Игра деловая – форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования систем отношений, характерных для данного вида практики.

Общие цели деловых игр в медицине:

- погружать учащихся в атмосферу интеллектуальной деятельности, предельно близкую к профессиональной практической работе врача в распознавании болезней и лечении больных;
- создавать играющим динамически меняющуюся картину в зависимости от правильных и ошибочных действий и решений;
- нести ответственную воспитательную функцию;
- умение проводить дифференциальную диагностику кратчайшим путем минимальное время и назначать оптимальную тактику лечения наиболее простыми и доступными методами лечения;
- сформировать оптимальный психологический климат общения с больными и коллегами по работе;
- в качестве контроля профессиональной подготовки служить барьером на пути к постели больного, пропуская к больному только профессионально подготовленных учащихся.

По определению Р.Ф. Жукова, В.И. Рыбальского деловая игра — это моделирование конкретной ситуации или избранных ее аспектов, выполняемая в соответствии с заранее определенными правилами, исходными данными и методиками. Например, *"Больной с жалобами на боль в груди"* представляет собой игру контролирующе-обучающего характера. Обратная связь, которую получает играющий в виде текста на карте в ответ на свое решение, на предыдущем шаге игры констатирует лишь объективное состояние больного вследствие предпринятых действий. Играющий должен самостоятельно оценить информацию о состоянии больного и предпринять шаги для оптимизации этого состояния. Следовательно, этот первый этап игры погружает учащегося в реальную обстановку интеллектуальной врачебной деятельности.

В медицинских учебных играх нужно предусмотреть полноту ситуаций. Разрабатывая игру, следует стремиться к тому, что бы помимо информации, необходимой и достаточной для диагностики был обязательно включен и "информационный шум" — избыточные сведения, которыми, тем не менее, всегда пользуется большинство врачей. Это сложные лабораторные анализы, многочисленные инструментальные исследования.

Деловые игры бывают односторонние, когда все играющие стремятся к достижению единой определенной цели; двухсторонними, когда все противостоящие стороны пытаются разрешить ситуацию в свою пользу; многосторонними,

когда приходится организовывать сложные взаимодействия игроков с конкурирующими и взаимоисключающими интересами.

ОИТС КАСАЛЛИГИНИ ҚЎЗГАТУВЧИ ВИРУСНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИ

*Мамадиев М.Р., Рахмонов Р.Р., Юнусова Д.Д., Курбонова Н.К., Маннаббоева Г.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Бу борада жуда ҳам кўп ва ишониш қийин бўлган тахминлар бўлди. Шулардан бири ишониш қийин бўлгани, яъни ОИТС қўзғатувчи вирус Пентагоннинг махфий лабораториясидан қандайдир йўл билан озодликка чиққан. Бу гипотезага ишониш қийин. ОИТС дастлаб 1975 йили АКШда рўйхатга олинганлиги бизга маълум. У маҳалда молекуляр генетика унчалик кучли ривожланмаганлиги сабабли ОИТС тузилиши ва бошқа хусусиятларини ўрганишнинг иложи бўлмаган. ОИТС қўзғатувчисининг одам фаолияти эмас, табиат маҳсули эканлигини тушуниш мумкин. Юқорида эслатиб ўтганимиздек, ОИТС қўзғатувчи вирус Т лимфотроф ретровируслар (яъни лимфоцитлар ҳисобига ҳаёт кечирувчи оқ қон хужайраларидир) ҳисобланади. Уларга, масалан, йирик шохли қорамолларни вирусли лейкоз қўзғатувчи, деб кўрсатиш мумкин. Россия федерациясида йирик шохли қорамоллар лейкоз билан 30-100% касалланганлиги аниқланган. Йирик шохли қорамолларда лейкоз қўзғатувчи вируслар секин ривожланади, ривожланиши бир неча йилга чўзилиши мумкин. Лекин лейкозга чалинган қорамолларда маҳсулот бериши анчагина пасаяди. Йирик шохли қорамоллар лейкозига яқин бўлган касаллик бу отларда учрайдиган инфекциядан анемия касаллигидир.

Бизни ҳозирда кўпроқ қизиқтирадиган вируслар, одамни ва примат-лар, яъни одамсимон маймунларни касаллантирувчилардир. Шунга кўра, биз Африкага юзланамиз. Чунки Африка қитъасида кейинги таҳлилларга кўра, тур сифатида одам шакланганлигидир, бу ерда шу билан бирга тузилиш хусусиятларига кўра одамларга яқин бўлган шимпанзе, пакана шимпанзе ва горилла, бошқа кўплаб майда маймунлар ҳаёт кечиради. Айнан шу ерда лимфотроф ретровирусларнинг умумий ажодидан приматлар яшовчи вируслар ажралиб чиққан бўлиши мумкин. Мана шу жойда академик Е.И.Павловский илгари сурган, ривожлантирган табиий манбали касалликлар назариясини эсга олишимиз қиёфа қилади. У назарияга кўра, одамларда учрайдиган касалликлар бактериал ёки вирусли келиб чиқишидан қатъий назар – улар ёввойи ҳайвонларда кенг тарқалган касалликлар, яъни зооноз касалликларидир. Масалан, Экваториал Африка уйқу касаллиги, тобун канали ва япон энцефалити касалликлари ҳам энг аввало кемирувчиларга хос касаллик ҳисобланади, одамга хос эмас.

Савол туғулиши мумкин: ОИТС 100% ўлимга олиб келиши бизга маълум бўлади. Табиатда қандай қилиб бу вирус билан зарарланган организмлар популяцияси сақланиб қолиши мумкин? Иш шундаки, табиатда танлаш шундай таъсир этадики, вирус хўжасига уни ўлдирмаган ҳолдамослашади. Сабаби хўжаси ўлган тақдирда вирус ҳам у билан ўлади. Саралаш шундай хўжаларни танлайдики, уларда (иммунодефицит) иммунтанқисиллиги секин ривожлансин, кучсиз кўринишга эга бўлсин ва вибрионлар тез кўпайиш орқали кучли бўлмаган ҳолда хелпер хужайраларни кучли зарарламасин. Натижада зарарланган популяциянинг деярли катта қисмида вирус уйқу ҳолатига ўтиши кузатилади. Бундай ҳолатлар вируслар ичида кузатилади. Маймун вируси SY 40 маймунларда ва бунга яқин ҳайвонларда зарар келтирмасдан тинч ривожланиши кузатилган. Уларда вирус аслида рак келтириб чиқаради.

Агар юқоридагилардек қарайдиган бўлсак, одам популяциясида ҳам ОИТС вируси табиий танланиш таъсири остида бўлиб, ўзи зарар келтирмайдиган ўзгаришга учрайди. Биз эртароқ қирилиб кетмасмикинми? Иккинчи томондан ОИТС қўзғатувчисини ёввойи манбада топишга эришимиз мумкин, у орқали вирус ташувчиларининг сирлари ва қарши тура олиш хусусиятларини ўрганишимиз мумкин. Одам ОИТС қўзғатувчисига қарши мослаша олишига ишонамиз. Унга Австралия куёнлари билан бўлган воқеа гувоҳлик беради. 1840 йил Австралияга Европадан 16 та куён иклимлаштириш учун олиб борилган. 20 йилдан кейин шундай даражада кўпайиб кетадики, кўп ўтлоқларнинг кескин йўқ бўлишига олиб келади. Қанчалик ўрганилмасин, бу очофат куёнларнинг камайишига эришиб бўлмади. 20 асрнинг 50 йилларига келибгина куёнларга қарши бактериологик, тўғрироғи, вирусли ҳужум бошланди. Куёнларга микровирусларнинг бир тури юктирилди. Бу вируслар куёнларда қирғинга олиб келувчи вирусли касаллик чақиради. Бу касаллик куёнларни 90%ни қирилишига олиб келди. Лекин 10 йил ўтар ўтмас куёнлар сони яна қайтадан тикланди. Куёнлар ва вирусларнинг биргаликдаги эволюцияси борар эди, улар орасида касалликка анчагина кучли куёнлар ажратиб олинди, иккинчи томондан кучсиз вируслар танлаб олинди. Шундан сўнггина Австралияда ҳозирда барча куёнлар микровируслар билан зарарланган, улар унчалик катта зарар келтирмайди.

Худди куёнлардаги ҳолат (қонуният) одам популяциясига ҳам (кузатилиши) амалга оширилиши мумкин. Лекин бу ерда қуйидаги қийинчиликка дуч келишимиз мумкин. Куёнлар Австралияда бутун йил давомида кўпаяди, урғочи куён 6 ойда жинсий жиҳатдан вояга етади ва ўртача беш ёшгача ҳар йили 40 тадан куёнча туғади. Бундай тарзда кўпайиш ҳар қандай танлашга жавоб беради. Одам эса бунга жавоб беришга ожиз. Куёнларнинг ҳам 90 % мослашгунча қирилиб кетган. Тоғли Хитой ва Тибетда, Монголиянинг маълум қисмида, Амазонка хавзасида яшаётган индуслар қабилалари улар орасида ҳозирги кунгача ОИТС тарқалганлиги маълум эмас. Шундай ажралган популяцияларнинг яшаб қолиши мумкин. Уларга бизнинг ютуқларимиз ва ҳолатларимизни қайтариб яна янгидан яшаб қолиш имконияти берилган. Одамзод бундай хавфли душман билан биринчи маротаба учрашяпти. ОИТС бизнинг барча ҳаётимизни ўзгартириши мумкин. Эскичасига яшаш мумкин эмас. Курашдаги ҳар бир чекиниш одамзодга қарши оғир жинойят ҳисобланади.

ОТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)- БИОЛОГ НАЗАРИДА

*Мамадиев М.Р., Юнусова Д.Д., Аманов К., Муминова К.Т., Курбонова Н.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

2015 йилда дунё бўйича ОИВ/ОИТСга чалинганлар сони салкам 40 миллионга етди. Худди шу йилда бедаво дард оқибатида 1 миллиондан зиёд киши ҳалок бўлди. Бу маълумотлар БМТ нинг ОИВ/ОИТС бўйича эълон қилинган қўшма дастури ҳисоботида келтирилган.

2015 йилда ОИТС оқибатида вафот этганларнинг 110 минг нафарини болалар ташкил этади. ОИВга чалинганларнинг эса яқин 2 миллиони болалар ҳиссасига тўғри келади.

Бундан 20-25 йил аввал ер юзидаги барча шифокорлар одамзод орасида (массовые- оммавий) эпидемиялар орқада қолганига ишонишган эди. Тиббиётнинг санитария ва гигиенани улкан ютуқлари ундан далолати эди. Одамларнинг ўлимини асосий сабаблари- юрак кон томир касалликлари ва хавфли ўсма деб қўрсатилар эди. Ҳақиқатдан планетамизда грипп пандемияси ҳукмронлигини, унга қарши кўп йиллар давомида (вакцина) зардоб ишлаб чиқаришга эришиб бўлмас эди. Лекин грипп, ўлимга олиб келмайди, унинг салбий оқибатларини шифокорлар даволашни уйдасидан чиқишади.

1981 йилда америкалик шифокорни қандайдир тушуниб бўлмайдиган далил эҳтиёткор қилиб қўяди. Лос-Анжелосда бирданига 5 нафар ёш эркак пневмонияни жуда кам учрайдиган тури билан касалланганлиги аниқланади. Бу касаллик қўзғатувчилари содда организмлар эканлиги аниқланади. Бу қўзғатувчи шартли-патоген ҳисобланади. Соғлом одам учун у хавфли эмас ва у иммун тизими кучсизланган одамда касаллик келтириб чиқаради. Одамларда иммун тизими уларни бактериялардан, вируслардан, шу билан бирга хавфли ўсмага айланивчи организмдаги хужайраларни йўқ бўлишига олиб келади. Дастлаб бу хилдаги ўпканинг яллиғланишидан сунъий иммун тизими вакцинчалик босиб қўйилган одамлар касалланиши учраб эди, масалан, ўзга буйрак кўчириб ўтказилган одамларда.

Айрим мамлакатларда, масалан, АҚШда хавфли ўсма касаллигининг бир шакли- Капоша саркомасининг кескин кўпайиши кузатилади. Бу касаллик аслида қарияларда кенг тарқалган бўлиб, уларда иммун тизимини заифлаштириб кузатилади. Кейинчалик эса бу касаллик ёш организмларда учраши кузатилади. Капоши-саркома терида қизил тошмалар шакли секин аста ривожланиши ва метастаз бермаган ҳолда кузатиладиган бўлса, ҳозирда касалликнинг тез ривожланиши, кўплаб метастаз бериши ва ўлимга олиб келиши кузатилади.

Юқоридагилар асосида (пневмония) ўпканинг яллиғланиши, Капоши саркомаси, иммун тизимининг сустлашиши (бузилиши) натижасида одамларда факаткасаликлар ривожланиши оқибатига кузатилади, дебҳисобланишига шубҳа туғилади. Бу касаллик (рус тилида СПИД- синдром приобретенного иммунодефицита) СПИД деб аталади, яъни орттирилган иммун танқислиги синдроми- ОИТС.

Орттирилган деб номланишининг сабаби- одамларда иммунтетнинг пасайиши ирсий касалликларда ҳам кузатилади. Дастлаб ОИТС гомосексуалистларда аниқланган бўлиб, кўпинча ноноормал жинсий алоқа орқали юқади, деган фикр маълум эди. ОИТС аслида нормал жинсий алоқа орқали соғлом шерикка юқиши, қайси жинсга тегишли бўлишидан қатъий назар касалликнинг қайси босқичида бўлишига қараб 10% дан 20% гача учрайди. ОИТСнинг юқиши, кон қуйишда, шприц орқали юқади, шунинг учун ҳам норкоманларда соғломларга қараганда бир неча 10 марта кўпроқ учраши кузатилади. Бу касаллик қўзғатувчиси- ташувчи она ўз боласига билиб-билмасдан туғруқда ва сути орқали юктиради.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, ОИТС қўзғатувчи ретровирус жуда ҳам юқумли эмас. Бу грипп вируси эмас. Бу вирус ташувчиси билан бирга ишлаш мумкин, битта хонада яшаши мумкин, битта дастурхонда овқатланиши мумкин, улар билан факат жинсий алоқада бўлмаслиги зарур. Ундай ҳолда ОИТС ни тезлик билан одамлар орасида кенг тарқалиши сабабини қандай изоҳлаш мумкин?

Илмий манбаларга кўра, ОИТС эпидемиясининг ривожланиш сабаби фоҳишалик, гомосексуализм ва норкомания ҳисобланади. Лекин улар қаторига яна бошқа омиллар қўшилди. Энг аввало кон қуйишининг оммавий тус олиши. Кўпчилик ривожланган мамлакатларда никоҳсиз яшашнинг оддий ҳолга айланиши.

Бир мисол келтирайлик: Қайсидир денгизчи Конгодан Элистонга ОИТС вирусини олиб кирди дейлик. Билмасдан умр йўлдошига юктирди, умр йўлдоши ҳомиладорлик даврида ҳомилага ўтказди. Чақалоқдан стерилланмаган шприц билан озиклантириладиган 31 чақалоққа ва 7 нафар қатта ёшдагиларга юктирди. Бундай ҳодисани қандай оқибатга олиб келишини ўйлаб қўрайлик.

Шундай қилиб, ўтган асрнинг иккинчи ярмида ОИТС вирусининг кенг тарқалиши учун қулай муҳит вужудга келди.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ И ИХ ОБРАТИМОСТЬ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЛАДЫГИНОЗИДОМ

*Маматалиев А.Р., Саиджанова Ф., Маматалиева М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: В печени осуществляется синтез холестерина и превращение его в желчные кислоты. Эти процессы изменяются при повышенном поступлении в течение длительного времени данного стероида в ЖКТ: изменяются карометрические показатели, интенсивность окислительно – восстановительных и гидролитических процессов и многие функций гепатоцитов.

В связи с этим в настоящее время проведен морфометрический анализ состояния гепатоцитов печени кроликов при избыточном поступлении в организм холестерина и при коррекции его гипополипидемическим препаратом (ладыгинозидом) и после прекращения его введения.

Методика исследования: работа выполнена на 40 взрослых кроликах, разделенных на 4 группы: 1-я группа – кролики, получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 300мг/кг (5), 2-я группа – кролики, получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 300мг/кг и ладигинозида в дозе 2,5мг/кг (10), 3-я группа - кролики, получавшие в течение 30 сут.

холестерин в дозе 300мг/кг (5), 4-я группа кролики, 2-я кролики, получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 300мг/кг и ладыгинозида в дозе 2,5мг/кг, все они забиты через 1 мес. после последней дачи препаратов (10). Интактными служили 10 кроликов, содержащихся в одинаковых условиях вивария.

Результаты исследования: введение холестерина кроликам практически вызвало значительные отклонение от кариометрических показателей, принятых за норму. У животных, забитых через 1 сутки после последнего введения холестерина, в центральных зонах долек печени наблюдалось уменьшение % мелких и увеличение % крупных ядер.

С максимальной частотой выявлялись ядра с площадью сечения $195,2\text{мкм}^3$, тогда как в норме с площадью $142,3\text{мкм}^3$. В опытных группах увеличивались ядра с площадью $259,8 - 337,3\text{мкм}^3$ в периферической зоне долек печени сдвиг кривой был вправо.

Подсчет двухядерных клеток показал, что как у интактных животных, так и у кроликов, получавших холестерин (2-я и 3-я группы), их максимальное количество наблюдалось в периферической части печеночных долек, минимальное - в центральной. В печени кроликов 2-й группы при этом имелась тенденция к уменьшению количества 2-х ядерных гепатоцитов в центральной зонах и к его увеличению в периферической зоне долек.

Гиперхолестеринемия вызывает длительно сохраняющиеся сдвиги кариометрических показателей печени. В связи с увеличением числа крупных ядер в клетках печени подопытных кроликов можно расценивать как отражение изменений интенсивности обменных процессов в паренхиме органа при избыточном содержании в нем холестерина - важного структурного и метаболитического ингредиента гепатоцитов.

Выводы: Таким образом, введение ладыгинозида уменьшает и замедляет нарастание отложения холестерина в гепатоцитах кроликов.

ВИРТУАЛЬНАЯ АУТОПСИЯ, РАДИКАЛЬНО НОВЫЙ ПОДХОД

Маматалиев А.Р., Шакиров С.А.

Актуальность: В настоящее время основным и пока единственным методом в Узбекистане и многих других стран как патологоанатомического, так и судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа является аутопсия мертвого тела («инвазивная аутопсия»).

Последние время в развитых странах в место инвазивной аутопсии трупа применяется мультиспиральная компьютерная томография, а также 3D технологии «виртуальная аутопсия» (VIRTOPSY). Главное преимущество VIRTOPSY заключается в том, что она требует лишь минимальной работы и затраты при вскрытии. Это более приемлема для родственников умершего и их религиозные чувства.

Цель: Главная цель исследования изучить преимущество VIRTOPSY, сравнить его данные с данными классической «инвазивной аутопсии» по архивным данным судебно-медицинской экспертизы.

Материал и методы исследования. Изучили 4 смертельных случаев от корона вирусных инфекций, дальнейшем сопоставлением данных с традиционным методом исследования. Необходимость применения метода виртопсии обусловлена в некоторых случаях надобностью сокращения количества участников (на примере, при смерти от особо опасной инфекций, в данное время COVID 19) из-за вероятности заражения (через предметы, аэрозоль и др.), и распространение инфекций (через предметы обихода, отходы и контактный путь).

Результаты исследования. При VIRTOPSY поврежденного легкого умерших в стадии экссудации – определили диффузный альвеолит, а в стадии пролиферации – «стекловидное» изменение, фиброз воспаленной ткани. При этом кроме COVID 19 выявляли сопутствующие заболевания (ИБС, ХОБЛ), гипертоническая болезнь и почечные поликистозы.

Вывод: Данная процедура не требует грубого физического вмешательства, малотравматична, высокоинформативна, полученные данные можно хранить длительное время и могут подвергать повторной оценке экспертов.

ВОЗВЫШАЮЩИЕСЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ

*Маматалиева М., Маматалиев А.Р., Саиджанова Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью настоящей работы является изучение возвышающихся поражений коронарных артерий. Исследованию подвергались сосуды от трупов лиц, умерших насильственной смертью и от различных заболеваний в возрасте 20-59 лет.

Материалы и методы исследования: Изучено 160 комплектов сосудов: коренное узбекское население составило 80 наблюдений (мужчин 40, женщин – 40); некоренное пришлое население – 80 наблюдений (мужчин 40, женщин 40).

Представленные материалы могут расцениваться как репрезентативные по отношению к составу населения в каждой группе, так как материал 80 наблюдений среди узбекского населения и 80 наблюдений среди пришлое соответствует соотношению населения области по национальному составу. Сосуды окрашивались суданом 1У и подвергались оценке визуально-планиметрическим методом.

Результаты исследования показали, что в коронарных артериях правой, огибающей и нисходящей ветви левой артерии возвышающиеся поражения выявлены в возрасте 20-29 лет в виде единичных вкраплений, увеличиваясь в последующее десятилетие у мужчин коренного населения втрое. В возрасте 40-49 лет и 50-59 лет площадь их увеличивалась на 10-12% за каждое десятилетие. У мужчин некоренного населения значительное увеличение площади возвышающихся поражений коронарных артерий отмечалось во всех трех сосудах после 40 лет, увеличиваясь почти на 20% лишь за одно десятилетие (40-49 лет). В возрасте 50-59 лет увеличение площади произошло более плавно (на 10-12%).

У женщин обеих групп населения также отмечалась тенденция к увеличению площади возвышающихся поражений с возрастом в коронарных артериях. У коренных женщин возвышающиеся поражения обнаруживались в единичных случаях в возрасте 20-29 лет. До 40 лет их площадь достигала около 10%, увеличиваясь к 50 годам до 20-23%.

Выводы: У женщин пришлого населения средняя площадь возвышающихся поражений более круто увеличивалась на одно десятилетие раньше. Наибольшая площадь поражения отмечалась в правой коронарной артерии, несколько меньшая – в нисходящей ветви левой коронарной артерии, и меньшая – в огибающей ветви левой коронарной артерии. У мужчин площадь возвышающихся поражений была наибольшей в нисходящей ветви левой коронарной артерии, несколько меньшей в правой коронарной артерии и наименьшей в огибающей ветви левой коронарной артерии.

СКРИНИНГ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ ГОРОДА АНДИЖАН

*Маматалиева М., Чартаков Д., Алибеков О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Результаты крупных стандартизованных исследований свидетельствуют, что важной составной частью программ эффективной профилактики хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов является проведение проспективных популяционных исследований, направленных на выявление факторов риска, в том числе производственных (Воробьева Е.Н. и др., 2001; Ивчик Т.В. и др., 2001; Жуковский Г.С. и др., 2001; Абдуллаев Р., 2002; Routaharju P.M. et al., 2001).

Цель и задачи исследования: Определить клинические особенности течения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов у промышленных рабочих г. Андижан, контактирующих с производственными факторами.

Материалы и методы исследования: Для первичного скрининга была сформирована сплошная репрезентативная выборка рабочих автомобилестроителей 20-49 лет в количестве 363 человек. Среди лиц, прошедших первичный скрининг, исследование (в 1998 г) всех изучаемых факторов риска в полном объеме было проведено у 363 рабочих автомобилестроителей, которые принимали участие в сборке, сварке и покраске автомобилей.

Результаты исследования: Самой большой оказалась группа с низким уровнем физического здоровья – 164 (45,7%) человека; группа лиц с уровнем физического здоровья ниже среднего составила 40 (11,1%) человек; средний уровень физического здоровья выявлен у 77 (21,3%) рабочих. Группу лиц с уровнем физического здоровья выше среднего и высоким составили 79 (21,9%) человек. Общее число дней временной утраты трудоспособности на 100 человек из-за хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов снизилось по частоте случаев на протяжении трех лет в 1,4 раза ($P < 0,01$), по случаям временной утраты трудоспособности в 1,5 раза ($P < 0,01$), по средней длительности случая в 2,3 раза ($P < 0,01$), по показателям числа невыходов на работу по хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов за каждый день в 1,9 раза ($P < 0,01$), по процентам нетрудоспособности в 1,1 раза ($P < 0,05$), численность инвалидов и число потерянных месяцев по инвалидности в расчете на 100 работающих снизилась до нуля, т.е. динамическое диспансерное наблюдение и постоянная работа «скрининг бригады» способствовали достижению благоприятных сдвигов в состоянии здоровья, с полученной «отдачей» в виде экономически выраженного предотвращения ущерба. Надо отметить, что проведение лечебно-профилактических мероприятий и диспансерных наблюдений с использованием санатория-профилактория на протяжении 3-х летнего периода способствует снижению временной нетрудоспособности на 100 работающих в 5,5 раза, в днях в 9,9 раза.

Выводы: Новые методические подходы по выявлению хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и их факторов риска могут быть рекомендованы к использованию при проведении Государственных интегральных эпидемиологических и профилактических исследований среди популяции, работающей в условиях производственного стресса.

ЗАМОНАВИЙ АВТОМОБИЛЛАР АВТОХАЛОКАТЛАРИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

*Маматалиева М.А., Нурматов Х, Шакиров С.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Автомобил травматизми бу механик шикастланиш бир тури бўлиб, ҳаракатдаги автомобил билан боғлиқ шикастланишдир, бунда кўпинча тананинг турли тўқима ва аъзолари шикастланади. Механик шикастланиш ичида у ўлим ёки ногиронлик бўйича етакчи ўрнини эгаллайди

Ишнинг мақсади. Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган, «Нексия» ва «Дамас» автомобилларида автохалокатларни 2-фазасида учрайдиган жароҳатлар комплекс ҳолда ўрганиш.

Тадқиқот объектлари. ЎР ССВ СТЭИАМ АФ рўйхатдан ўтган 2015-2019 йиллардаги автотравмалардан ўлган 500 нафар 10 ёшдан 85 ёшгача бўлган мурдаларни архив материаллари.

Текширув натижаси. СТЭ да ҳайдовчи танасини юқори соҳаларида юзага келадиган жароҳатларни зарба, босим таъсирида бармоқлар орасига нисбатан кўпроқ зўриқиш тушиши, танасини пастки соҳаларида болдир - товон ва тизза бўғимларига тушиши, олдинги ўриндикдаги йўловчи панжасини олдинги панелга тираши ва бунда зўриқиш билан - панжа бўғимида, орқа ўриндикдаги йўловчиларда эса зўриқиш билан, елка мушаклари тушиши қайд этилди.

«Нексия» автомашиналари салон ичидаги шикастланишларда ҳайдовчилардаги шилинма ва қондалашлар чизиксимон шаклда, йўловчиларда эса учбурчак ёки нотўғри шаклда эга бўлди.

«Нексия» ва «Дамас» автомобиллари саломи ичидаги шикастларда ҳайдовчи ва йўловчиларда автомобилни кескин ҳаракатланиши ёки кескин тўхташ вақтида бўйин умурткаларини чиқиши, синишлари минимал ҳолатларга кузатилди.

«Дамас» автомашиналари салон ичидаги шикастланишларда ҳайдовчилардаги шилинма ва конталашлар узунчоқ – ромбсимон, йўловчиларда шилинма ва конталашлар узунчоқ - овалсимон шаклга эга бўлди.

Хулоса. «Нексия» автомобилнинг олдинги ва орқа ўриндикда ўтирган йўловчиларида жароҳатлар тананинг юқори соҳасида, олд ва қисман ўнг томонлама, бошнинг тепа соҳаси, кўкрак қафасида ва қўл - оёқларда шилинма ва кўпроқ конталаш кўринишида учраши, «Дамас» русумли автомобилнинг олдинги ва орқа ўриндикларда ўтирган йўловчиларидаги жароҳатлари тананинг барча соҳаларида кўпроқ бошнинг пешона олд юзаси, юзда шилинма ва яралар, кўкрак қафаси, корин бўшлиғи, бел, қўл ва оёқларида жароҳатларни барча турлари кўринишида учраши аниқланди.

НЕКСИЯ» ВА «ДАМАС» АВТОМОБИЛЛАРИ АВТОҲАЛОКАТЛАРИДАГИ КОНТАКТЛИ ЖАРОҲАТЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ

*Маматалиева М.А., Нурматов Х, Шакиров С.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Автомобил салон ичи травмаларида ҳайдовчи ва олд, орқа ўриндикдаги йўловчиларда контактли жароҳатлар етарлича ўрганилмаган, уларни юзага келиш механизми, учраш частотаси ва ушбу жароҳатларни хусусиятларини ўрганиш суд-ҳуқуқ органлари ва суд тиббий экспертлари учун муҳимдир.

Ишнинг мақсади: Тадқиқот «Нексия» ва «Дамас» автомашиналаридаги автоҳалокатларни 2 - фазасида учрайдиган танани бош, юз, бўйин, кўкрак, корин, бел ва чанок ва оёқ - қўллари соҳаларидаги жароҳатларни таққослаб ўрганиш.

Тадқиқот объектлари: ЎР ССВ СТЭИАМ АФ рўйхатдан ўтган 2015-2019 йиллардаги автотравмалардан ўлган 500нафар 10 ёшдан 85 ёшгача бўлган мурдаларни архив материаллари.

Текширув натижаси: «Нексия» автомашинаси ичидаги ҳайдовчиларда жароҳатлар асосан чап томондан бўлиб, танасини юқориги қисми аъзоларида 40-50%гача, пастки қисми аъзоларида 20-40%, олд ўриндикдаги йўловчиларда эса жароҳатлар асосан ўнг томондан бўлиб, танасининг юқориги қисми аъзоларида 50-80%гача, пастки қисми аъзоларида 10-30%, орқа ўриндикдаги йўловчилардаги бу қўрсаткичлар мос равишда 4-15% ва 2-4%ни ташкил этди.

«Дамас» автомашинаси ичидаги ҳайдовчиларда жароҳатлар асосан чап томондан бўлиб, танасининг юқориги қисми аъзоларида 80%гача, пастки қисми аъзоларида 30-47%, олд ўриндикдаги йўловчиларда эса жароҳатлар асосан ўнг томондан бўлиб, танасининг юқориги қисми аъзоларида 57%гача, пастки қисми аъзоларида 45%, орқа ўриндикдаги йўловчилардаги бу қўрсаткичлар мос равишда чап ёки ўнг томонлама 12% ва 7%ни ташкил этди.

Хулоса: «Нексия» автомобили ҳайдовчиларида жароҳатлар танани юқори соҳасида, чап томонлама, бошнинг пешона-тепа соҳасида шилинма ва конталаш кўринишида, кўкракнинг пастки соҳаларида ва қўл - оёқларда шилинма ва конталашлар кўринишида учраши, «Дамас» автомобили ҳайдовчиларида эса ушбу жароҳатлар бош пешона соҳасининг олд юзаси ва юз соҳасида, кўкрак қафаси, корин бўшлиғи, қўл ва оёқларда (соннинг пастки учлиги ва болдир соҳаларида) конталаш ва яралар контактли жароҳатлар сифатида учраши кузатилди.

АВЕСТАДА ПОКЛАНИШ ИМПЕРАТИВИНИНГ ЗАМОНАВИЙ АҲАМИЯТИ

*Маҳмудова Г.Т.
ЎзМУ профессори*

Инсоният ҳозирги кунда пандемия офатига мубтало бўлиб бормоқда. COVID-19 вируси башариятни янги маънавий ва жисмоний оламга ўзгариш эҳтиёжини аҳамияти ҳақида бонг ураётгандек туюлади. Инсониятни вирусдан ҳимоялаш чоралари ҳақида биз мунтазам ахборот оммавий воситаларидан маълумот олиб турибмиз. Бироқ профилактика нуқтаи назаридан асосан тозалик, гигиена ва соғлом турмуш тарзи қондаларига риоя қилиш, ижтимоий муҳофаза ҳақида кўп фикрлар билдирилиб турибти. Шу маънода бу урфларнинг негизларига, жумладан Авеста қадриятларидаги, Видевдотда ёритилган Покланиш императиви ва унинг ҳозирги кунда ҳам аҳамиятини йўқотмаган ғояларига қаратмоқчиман. Покланиш нафакат жисмоний, моддий тозаланишни, балки инсоннинг руҳи, ахлоқий қиёфаси покланишини ҳам кўзда тутати. Ер шунинг учун покланадики, чунки “Бизни ва боқира аёлларимизни ўз устида кўтариб юргани учун ерга сажда қиламиз”, у муқаддасдир. Такводор бўлмоқ инсон жисмоний ва маънавий дунёсини поклаш демакдир. “Видевдот”да қадимги инсон ҳаётининг барча томонларини қамраб олган Покланиш дастури ишлаб чиқилган. Масалан, ўлган ит ёки жасадга кирган Насв Деви қўзларга тегиб кетган бўлса, уларни кумиз билан, сўнг тупроқ ва сув билан поклаш мумкин, “тупроқ, чўп, сопол идишларни поклаш мумкин эмас”, агар Насв Деви ўтин ёки емишлик уруғларга теккан бўлса, уларни факат сув билан поклаш мумкин.

Жисмоний поклик Авестанинг ахлоқий-фалсафий тамойилидан келиб чиққан: ҳаром қилувчи инсон – ахлоқсиз, ҳунукдир, поклаш эса ахлоқ ва гўзаллик ифодасидир. Ахура Мазда ғояларига содиқ инсон абадий саодатли ҳаётга эришади. Қандай қилмишлар содир этганлигига қарамасдан, эндиликда инсон эзгу амаллар қилиб, Ҳақиқат ва Мазда динига содиқ бўлса, барча гуноҳлари кечирилади. Жисмонан соғ, пок ва ахлоқи соф инсонларни Ахура Мазда сийлайди, ҳаётини азалий ва абадий дунёда - Жаннатда давом эттириш имконини беради, у ерда моддий дунёга хос бўлган ва муросага келмайди қураш бўлмади. Моддий дунёда икки куч, икки ният ва икки амалнинг абадий тўқнашуви содир бўлади: биринчиси бу – яратиш ва поклаш Руҳи; иккинчиси – бузғунчи ва ҳаром қилувчи Рухдир. Зардуштийлик покланиш императиви воқеликни сабаби кесимида эмас, акинча оқибатларни келтириб чиқарувчи иллатларни олдини олиш ҳақидаги ғоялардан иборатдир. Кимки покловчини шод айласа, у оловни хушхол қилган бўлади. Сувни хушнуд қилган бўлади. Тупроқни хушнуд қилган бўлади. Дарахтларни хушнуд қилган бўлади. Ашаван эрлар ва ашаван аёлларни

хушнуд қилган бўлади”¹. Зардуштийлик таълимотида “Гўзал”, “Фойдали”, “Эзгулик” тушунчалари, инсон ҳаёти ва фаолияти, осойишталиги ва саодатига қўмаклашувчи барча нарсаларнинг ажралмас хусусиятини ташкил қилади. Шунинг учун ер гўзал, у инсонни сақлайди ва қўмади. Олов – гўзал, у инсонларга ёруғлик ва иссиқлик бахш этади, сув – гўзал, у ҳаёт учун фойдали, ҳаво – гўзал, чунки инсонга эрк беради ва ҳ.к. Шунингдек, ит – гўзал, чунки у ёвуз девлардан муҳофаза қилади, сигир – гўзал, у одамлар учун ҳаётбахш ва шифобахшдир, хўроз – гўзал, чунки у Ёвуз Рух томонидан келаётган таҳдид ҳақида хабар беради ва ҳ.к. Пок ва беайб туғилмоқ, ёзқисиз дунёга қадам қўймоқ одамлар тақдири ва тириклигида нечоғли улуғ толедир.

Оламнинг ободлиги, жаҳоннинг осойишталиги учун жидду жаҳд қилмоқ, уни асрамоқ ва ёруғликка томон элтмоқ керак”². “Ард-Яшт” тўлалигича Ахура Мазда қизи Аша – Эзгу тақдир ва саодат илоҳий маъбудасига бағишланган. Аша соғлиқ-саломатлик ва эзгуликни ифодаловчи, буюқ, гўзал, шухратли, қудратли, кучли маъбудадир. Унинг оёғи қаерга етмасин, одамлар шод-хуррам бўлади, уй-жойлар хуш ис таратади, бола-чақалар, авлодлар улғаяди. Борлиқ соф ва озода бўлмоғи учун, инсон эзгулик сари хизмат қилиши зарур. Жисмоний ва маънавий бузғун шахс (замонавий тилда нопок инсон назарда тутилмоқда таъкид Г.М.) Ахриманга сажда қилувчидир, унинг малайи, девлар гуруҳлари билан ошнодир. Уларнинг маконида “юқумли искиртлар, энг ёмон касалликлар, кичима, қўтир, иситма, безгак, эрта қариш уя солган; у ердан бадбўй ҳидлар анқиб туради”³. Бу ерда абадий саодат манзилига кетаётган тақводор, соф ахлоқли инсоннинг жони ва руҳининг абадийлиги ифодаланиши билан бирга, ер усти ва ер остида юқумли касалликлар, бадбўй, қўланса ҳидлар ва ҳ.к.ларни таркатаётган Ёвуз Рухнинг қилмишлари қораланмоқда.

Ўлган ит ёки одам жасади теккан ўрин-кўрпалар парча-парча қилиб кесилиб, ерга қўмилиши лозим. Агар улар ҳаром бўлмаса, кумиз билан ювиш керак; агар одамнинг энгил-боши булганган бўлса, “тана ва энгил-бошини тўрт марта кумиз ва икки марта Мазда яратган сув ёрдамида ювиб, поклаши зарур”: ”²³. Инсон ва унинг кийимини ол, чап қўлинг билан, ўнг қўлинг билан ол, ҳудолар томонидан яратилган осмоннинг энг ёруғ нури тушадиган, юлдузлар чарақлаб турадиган жойга тўққиз кечага қўй. Тўққиз кеча ўтгач, оловга эҳсонлар келтир, ўтинлар келтир, оловга фимиам келтир, кийимларни ана шу оловда покла”⁴. Бу матнлардан шуни кўриш мумкинки, касал бўлиб вафот этган одамнинг ҳам барча анжомлари махсус русумлар билан покланган. Зеро жамоаларга касалликни тарқалиш олдини олиш атроф-муҳитни мунтазам тозалашда тутиш билан боғлиқ катъий урф-одатларга бўйсунуш барча маздапарастларнинг энг олий ахлоқий-ҳуқуқий мажбуриятини ифодалаган.

Хулоса қилиб қуйидагиларни таъкидлаш мумкинки, “Видевдод”да поклянишнинг бутун бир тизими ишлаб чиқилган бўлиб, унда нима ва ким покляниши, қаерда ва қандай тарзда покляш лозимлиги, поклянишнинг қоидалари батафсил келтирилган, тўғри покляш эвази ва таомилни бузганлик учун жазо чоралари кўрсатилган. Таъкидлаб ўтиш керакки, Авестода нарсани тозалаш, жисмоний покляш - “тоза”, “ифлос бўлмаганлик” ҳақидагина эмас, балки барча ҳолларда сакрал маъно касб этадиган, диний маросимларга хос, маънавий-ахлоқий покляниш тўғрисидаги соғлом турмуш тарзини тараннум этилаётганлиги ҳақидан иборатдир.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИ ҲАҚИДА

Маҳмудова Ҳ.Т., Раҳматшоев.М.

Тошкент тиббиёт Академияси Фаргона филиали

Долзарблиги. Ҳозирги кунда жигар, меъда ва ичакларнинг ўткир ва сурункали касалликлари тез-тез учраб турибди. Шулардан бири вирусли гепатитлар бўлиб оғир асоратлар қолдирмоқда.

Вирусли гепатит кўпинча тез ва оммавий тус олиб, айниқса табиий офатлар, урушлар, очарчиликлар даврида катта-катта эпидемияларга ва пандемияларга сабаб бўлган. Чунончи замондошларимиз В. М. Жданов ва А. Ф. Блюгер каби академикларнинг таърифлашича, XIX асрда бўлиб ўтган урушлар даврида вирусли гепатит 112 марта, XX асрда эса 400 марта эпидемия тусини олган. Айниқса жаҳон урушлари даврида вирусли гепатит қитъалараро тарқалган (пандемия), гепатит армияни ва тинч аҳолини зарарлаган.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) вирусли гепатитни бир қанча турда яъни вирусли гепатит А, вирусли гепатит В, вирусли гепатит С, вирусли гепатит Д ва бошқа турларини фарқлашни тавсия этди. Вирусли гепатитнинг барча (А, В, С) турларида клиник белгилар яққол кўзга қўринган, деярли сариклик билан кечадиган ва ҳеч қандай аломатларсиз, кўпинча сарғаймасдан кечадиган турлари бўлади. Сарғаймасдан кечадиган тури билан оғриган беморларни ўз вақтида аниқлаш ва уларни соғлом одамлардан ажратиш анча қийин. Бундай беморлар соғлом одамлар билан мулоқотда бўлиб, ўзлари сезмаган ҳолда касаллик тарқатиб юрадилар.

Тадқиқот материали. Риштон тумани Давлат санитария эпидемиологи назорати маркази маълумотида қараганда гепатит А турлари билан касалланганлар қуйидагича кўринишни олган. Гепатит А тури 2011-йил 207 та, 2012-йил 184 та, 2013-йил 180 та, 2014-йил 144 та, 2015-йил 141 та, 2016-йил 174 та, 2017-йил 187 та. Статистик маълумотларга таянсақ гепатитнинг А тури аҳоли орасида шу йилларда кўп учраганини кўришимиз мумкин. Гепатит А турунинг кўзгатувчи энтеровируслар группасига киради, ташқи муҳит шароитига анча чидамли. Беморнинг нажасида, зарарланган сувда, озиқ-овқат маҳсулотларида, чиқиндиларда ва турли уй-рўзғор буюмларида, ўйинчоқларда икки ҳафтагача тирик сақланади.

Касаллик манбаи фақат бемор одам ҳисобланади. Касалликнинг яширин даври охирида ва унинг белгилари юзага чиқишидан олдинги (продромал) даврда вируслар беморнинг нажаси билан қўплаб ажралади. Ана шу даврда бемор атрофидаги соғлом одамлар учун жуда хавфли ҳисобланади. Кўпинча касалликнинг клиник аломатлари юзага чиқиб,

бадан сарғая бошлагач, вируслар атроф-мухитга жуда кам ажралади ёки умуман ажралмай қолади. Бу даврга келиб беморлар энди ўзларини бирмунча енгил ҳис қиладилар ва атрофдагиларга касаллик юктиришда унча хавфли бўлмай қолади. Вирусли гепатит А ни қўзғатувчи вируслар организмга ифлос қўл ва ташки мухит воситасида факат оғиз орқали юқади. Шунинг учун бу баъзан ифлос қўл касаллиги, деб ҳам юритилади. Бемор шахсий ва умумий гигиена қоидаларига қатъий амал қилмаганда нажаси ва сийдиғи билан атроф-мухитни, озиқ-овқат маҳсулотларини, уй-рўзгор буюмларини ифлослантиради. Ана шундай ифлосланган ташки мухитдан одамлар ўзлари билмаган ҳолда касалликни юктириб оладилар.

Вирусли гепатит А касаллигининг клиник кечиши шартли равишда тўрт даврга бўлиниб, ўзининг турли-туманлиги, турли хил кечиши, белги ва аломатлари билан характерланади. *Яширин даври.* 7 кундан 50 кунгача, кўпинча 15—30 кун давом этади. Бу даврда касалликнинг ҳеч қандай белги ва аломатлари кузатилмайд. Касалликни юктирган одам амалда соғлом ҳисобланади ва соғлиғидан шикоят қилмайди. Юқорида келтирилганидек, бу даврда вируслар факат кўпайиб, тўпланади. *Сариқлик олди даври* бир ҳафта (5-7 кун) давом этади. Бу даврда касалликнинг енгил-елпи, унча қўзга ташланмайдиган белгилари юзага кела бошлайди. Бу даврни аниқлаш анча қийин, шу туфайли касал киши одамлар орасида бемалол мулоқотда бўлиб юраверади. Асосан ана шу даврда вирусларни атрофга ажратиб, касалликни юктириб юраверади. Бемор ўзини лоҳас сезиб, ёмон ҳис қила бошлайди, холи қурийд, иштаҳаси йўқолади, овқатни кўрганда кўнгли айнаиди, уйқуси нотинч бўлади, сержаҳл, камҳаракат, инжик бўлиб қолади. Бундай пайтда беморнинг қўз оқиға синчковлик билан қаралса, унинг сал сарғайганини, сийдикнинг ранги ўзгариб, қуюқлашиб қолганини, нажас рангсизланганини кўриш мумкин. Ана шу тарика касаллик ривожлана боради. Сариқлик олди даври турлича бошланиши ва кечиши мумкин. Шулардан энг кўп учрайдиганлари гриппсимон, диспептик, астеновегетатив ва ревматизмсимон ёки сохта ревматик сариқлик олди давларидир. Бундай турларда белгилар умумий ва алоҳида-алоҳида бўлиши мумкин. *Сариқлик даври* ўрта ҳисобда 7—15 кун, яъни 1—2 ҳафтагача давом этиши мумкин. Энг аввал қўз оқи, юмшоқ танглай, сўнгра бошқа аъзоларнинг шиллик қаватлари, юз териси, гавда, қўл ва оёқ териси сарғаяди. Сариқлик тез кўпайиб, бир ҳафта ичида бутун тери ва шиллик қаватлар сарғайиб кетади. Сариқлик даврида жигар шишиб, катталашади. Жигар пайпаслаб кўрилганда катталашган бўлади, юзаси қўлга силлиқ ва каттиқ унайди. Сариқлик ўзининг энг юқори чўққисига чиққан бўлишига қарамай, беморнинг қўнгли айнаши, қайт қилиши каби дастлабки аломатлар сусайиб, йўқола боради. Вирусли гепатит А касаллиги енгил, ўртача оғирликда ва оғир кечиши мумкин. Бунда камдан-кам ҳолларда касаллик қайталаниши, сурункали турга ўтиши мумкин. *Соғайиш даври* ўрта ҳисобда 2—4 ҳафта давом этади, касалликнинг барча клиник белгилари аста-секин йўқола боради ва беморлар ўзларини яхши ҳис қила бошладилар. Кейинги ҳафталарда сариқлик деярли йўқолади, жигар нормал ҳолатга келади, оғриғи қолади. Беморлар касалхонадан умумий аҳволи яхшиланиб, сариқлик йўқолганда, жигар нормал ҳолатга келганда қонда биохимиявий кўрсаткичлар нормаллашганда чиқарилади.

Касалликни ташхислаш

Қондаги АЛТ ва АСТ ферментлар миқдорини аниқлаш.

ИФА (иммунофермент анализ)

Серологик тадқиқот усуллари қондаги анти-ВГА антигенини аниқлашга асосланган. Анти-ВГА антиген иммун тизимининг махсус моддаси бўлиб, организмга гепатит А вируси тушиши натижасида ишлаб чиқарилади. Бундан ташқари, ушбу тадқиқот усуллари ёрдамида, касалликнинг босқичини ва ҳолатини аниқлаш мумкин: Қон зардобиди иммуноглобулин М нинг мавжудлиги ўткир жараённинг мавжудлигини кўрсатади; Қон зардобиди иммуноглобулин G мавжудлиги одам касаллик билан касалланиб соғайиб кетганлини ёки тикланиш жараёнида эканлигини кўрсатади. Бу касалликнинг шу давларгача болалар жамоаси ўртасида мавсумий эпидемиялар бериб туришини кўп кузатдик лекин бугунги кунда боғча ёшидаги ҳар бир болани гепатит А билан эмланишини гувоҳи бўлапмиз. Шунинг учун шу касалликка чалиниш ҳолатлари статистикасига мурожаат қилганимизда касалланиш кўрсаткичинини анча камайиб қолганлигини гувоҳи бўламиз, лекин шунга қарамасдан вирусли гепатитларнинг олдини олиш чораларини кўришимиз мақсадга мувофиқ бўлар эди.

Хулоса. Ҳар қандай юқумли касалликларга қарши курашишда медицина ходимлари билан бирга кенг жамоатчилик онгли равишда қатнашса мақсадга мувофиқ бўлади. Зеро, ҳар бир инсоннинг соғлиғи ўз қўлидадир. Вируслигепатитларга қарши курашиш умум. санитария ва медицина чораларидан иборат. Ҳар бир одам кенг жамоатчилик касаллик бор ёки йўқлигидан қатъий назар, ўзи яшайдиган турар жойларни ҳоналарни, ошхонани, ховлини), уй-рўзгор буюмларини, айниқса сув ҳавзаларини, водопровод иншоотларини, болалар боғча-ясилларини, мактабларни, умумий овқатланиш муассасаларини жамоат йиғиладиган жойларни тоза тутиши, жуда ҳам озода саклаши керак. Ана шунда вирусли гепатит билан бир қаторда бошқа юқумли ичак касалликларининг камайишига ва нихоят бора бора йўқ бўлиб кетишига имкон туғилади. Вирусли гепатитнинг дастлабки белгилари аниқланиши биланок бемор дарҳол атрофдаги одамлардан, айниқса ёш болалардан, ҳомилдор аёллардан алоҳидалаб қўйилади ва юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилади. Касаллик қанчалик тез аниқланиб, бемор касалхонага қанчалик эрта ётқизилса, касаллик енгил, асоратсиз кечади. Бемор билан мулоқотда бўлган соғлом одамлар ўртасида, касаллик чиққан уйда ва болалар муассасасида — боғча ва ясилларда мактабларда 35 кун давомиди медицина кузатуви олиб борилади ва карантин эълон қилинади. Ҳар қандай юқумли касалликларни олдини олиш учун аввало аҳолини тиббий билимини ошириш мақсадга мувофиқ бўлади.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИБИОТИКО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВЫДЕЛЕННЫХ МИКРОБОВ ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Сахаталиева Р.Р., Бекташев И.Б., Яминова Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Чрезмерное увлечение антибиотикотерапией, нерациональное применение антибиотиков приводит к резкому нарушению микробиоценоза кишечника с активацией условно-патогенной микрофлоры, в том числе и кандидозной инфекции.

Цель. Изучение условно-патогенной микрофлоры в структуре днарейных заболеваний у детей раннего возраста и антибиоточувствительность выделенных культур.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных детей в возрасте от 1 до 3 лет, у которых длительное время наблюдались кишечная дисфункция и субфебрилитет. Из числа обследованных детей при бактериологическом исследовании испражнений у 22 детей (44 %) выделены дрожжеподобные грибки, у 16 (32%) клебсиеллы, у 7 (14%) протей, у 18 (36%) стафилококки. Необходимо отметить, что при изучении антибиоточувствительности высеянных микробов выявлено, что клебсиеллы и грибки были наиболее чувствительны к нитрофурановым препаратам (эрсифурил, нитроксолин). Грибки также к флюканазолу. Дети были разделены на две группы по стей. Дети основной группы получали в качестве противогрибкового препарата - флюканазол, как антибиотический препарат эрсифурил, а дети контрольной группы получали антибиотики цефалоспоринового ряда и нистатин. При этом у 19 (76%) детей основной группы наблюдались положительная динамика у детей, получавших пепалоспорины положительная динамика наблюдалась только у 3 (12%) детей.

Вывод. Таким образом, при острых диарях, вызванных условно патогенными микробам наибольший терапевтический эффект получения при применении препаратов нитрофуранового ряда (эрсифурил, нитроксолин). Раннее включение в лечение противогрибкового препарата, особенно дифлюкана или флюканазола с отменой антибиотика, приводило к сокращению частоты кишечной дисфункции и снижению температуры.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРУШЕНИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

*Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Усманова С.О., Бекташев И.Б., Мухтаров З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема изучения человеческой личности является предметом исследования многих наук: философских, общественно-исторических, юридических, психологических и медицинских, и до сих пор остается актуальной. Изучение личности неразрывно связанное с изучением общественных отношений, позволяет объединить естественно – научное понимание человека с общественно – историческим, т.е. видеть в человеке (как организма и личности одновременно) продукт общественных условия результат формирования и преобразования этим условиями его органической природы физиологически механизм некроза заключается в "срыве" нервной деятельности, вызванном ошибкой протекания процессов возбуждения и торможения. Известно, что психологическая травма-смерть близкого человека, потеря средств к существованию, растичные конфликты с людьми - не всегда влекут за собой невроз. Это зависит от особенностей отношений личности и способов переработки воспринимаемой информации.

Цель: определить личностные факторы формирования нарушений невротического регистра.

Материалы и методы. Было обследовано 15 больных с невротическими расстройствами. Применялись клиничко-психопатологический и экспериментально психологический методы исследования. Контрольную группу составили 10 здоровых испытуемых.

Результаты. Установлено, что как для здоровых испытуемых, так и для больных с невротическими расстройствами. Положительными стратегиями преодоления конфликтов являются «рационализация и формирование положительной реакции на негативную ситуацию, которые способствуют конструктивному разрешению конфликтов и лучшей адаптации, а отрицательными - "проския", агрессия вовне» и «самоагрессия», которые ведут к агрессивному поведению и являются одной из причин патологической работы механизмов психологической защиты. В процессе исследования у здоровых испытуемых обнаружен механизм регулирования страхов, который базируется на положительных гиях преодоления конфликтов «рационализация» и «Формирование положительной реакции на негативную ситуацию». У здоровых испытуемых обнаружена прямая связь между подавлением агрессии и иррациональной установкой зависимости от признания другими. У больных с невротическими расстройствами подавление агрессии имеет связь с двумя иррациональными установками - зависимостью от признания другими и «интернализация неудач», что еще больше увеличивает иррациональность их мышления и чувство вины.

Вывод. Полученные данные о структуре взаимосвязей между страхами, стратегиями преодоления конфликтов, агрессии и иррациональными установками и их влияние на возникновение невротической симптоматики в норме и патологии позволяют глубже понять психологические механизмы нарушений невротического регистра, на разработка новых психотерапевтических и психокоррекционных программ.

ВЛИЯНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ НА ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

*Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Бекташев И.Б., Дилшодов А.Д., Усманова С.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальной задачей на сегодняшний день остается разработка гепатопротекторов и местных видов сырья в литературе имеется мало работ по изучению влияния гепатопротекторов на различные звенья иммунной системы при острых токсических поражениях печени. Цель: экспериментальное исследование эффекта новых гепатопротекторов на иммунный статус в условиях острого токсического гепатита.

Материал и методы. Острый токсический гепатит (ОТП) у мышей вызывали с помощью четыреххлористого углерода (ССЛ), который вводили ежедневно подкожно в течение 3-х дней в виде 20 % масляного раствора по 0,2 мл (Петров Р.В. с соавт., 1984). В день последнего введения ССЛ животных иммунизировали эритроцитами барана (ЭБ) в дозе 2х10⁶/мышь и еще через 5 дней определяли число антителообразующих клеток (АОК) в селезенке. Изучены иммуномодулирующие свойства следующих гепатопротекторов: 1) протопи - вводили в дозе 1 мг/кг; 2) гепатин - вводили в дозе 25,0 мг/кг; 3) желчегонный сбор Базарова (ЖСБ) - вводили в дозе 30,0 мг/кг.

Результаты. В селезенке мышей, получавших CCL₄, образуется в 5, 12 раза меньше АОК, чем в контрольной группе. У мышей с ОТГ, получавших протопин, в селезенке образуется достоверно в 2 раза больше АОК, чем у иммунодефицитных животных. В группах мышей, получавших гепатин и ЖСБ, число АОК в 3,54 и 3,0 раза выше, чем в группе мышей с ОТГ, не получавшей вещества. Иммуностимулирующая активность гепатина и ЖСБ достоверно превышает активность протопина. Три ОТГ титр антител к ЭБ в периферической крови достоверно снижается в 1,89 раза. При введении мышам с ОТГ протопина титр антител к ЭБ в крови по сравнению с предыдущей группой повышается в 1,39 раза. В группах животных с ОТГ, получавших гепатин и ЖСБ титр антител к ЭБ возрастает соответственно в 1,64 и 1,50 раза. Достоверной разности в активности веществ не обнаружено, т.е. их активность в отношении антителообразования проявляется в равной степени.

Изученные вещества обладают свойством повышать, число клеток в центральных (тимус, костный мозг) и периферических (лимфатические узлы) органах иммунитета у животных с ОТГ.

Вещества обладают способностью повышать уровень эритроцитов и лейкоцитов в периферической крови мышей с ОТГ. Наибольшей активностью в отношении красного и белого ростков кроветворения обладает гепатин. На основании полученных данных можно прийти к заключению, что протопин, гепатин и ЖСБ обладают бифункциональной активностью и способны стимулировать иммунную и кроветворную системы при патологии печени.

Вывод. На основании проведенных исследований можно заключить, что гепатопротекторы протопин, гепатин и ЖСБ являются достаточно эффективными иммуномодулирующими средствами и могут использоваться при остром токсическом гепатите.

КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

*Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Сапиохунова Х.М., Бекташев И.Б., Дилишодов А.Д.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Известно, что патологии печени тесно взаимосвязаны с состоянием. Установлена зависимость формирования прогрессирования хронического гепатита от особенностей иммунного статуса организма. В то же время канническая практика показывает необходимость комплексного подхода к лечению гепатитов с включением средств, влияющих на иммунную систему, ретиканию вируса, воспалительные и пролиферативные процессы.

Цель: исследование иммуномодулирующих свойств некоторых гепатопротекторов при хроническом токсическом гепатите в эксперименте.

Материал и методы. В опыте использовали белых беспородных мышей массой 20-22 г. Хронический токсический гепатит (ХТГ) вызван еженедельным подкожным введением гелиотрина в дозе 50 мг/кг в течение 6 недель. После формирования ХТГ животных однократно внутрибрюшинно иммунизировали эритроцитами барана (ЭБ) в дозе 2×10^8 /мышь. На 5-е сутки после иммунизации животных забивали и в селезенке определяли антителообразующие (АОК). Изучены иммуномодулирующие свойства следующих веществ: 1) против вводили в дозе 1 мг/кг, 2) гепатин вводили в дозе 25,0 мг/кг, 3) желчегонный сбор Базарова (ЖСБ) вводили в дозе 30,0 мг/кг. Исследуемые вещества вводили ежедневно внутримышечно в течение 4 дней с момента иммунизации.

Результаты. В течение 6 недель на фоне развития ХТГ формируется глубокий вторичный иммунодефицит в селезенках мышей число АОК в 5,87 раза меньше по сравнению с контролем. У мышей с ХТГ, получавших протопин, в селезенке число АОК в 2,1 раза выше, чем у иммунодефицитных животных. В группах мышей, получавших гепатин и ЖСБ, количество АОК соответственно в 3,2 и 2,59 раза выше, чем в группе мышей с ХТГ, не получавших вещества. Иммуностимулирующая активность гепатина и ЖСБ достоверно превышает активность протопина.

У животных с ХТГ титр антител к Б в крови достоверно снижается в 1,76 раза. При введении мышам с ХТГ протопина данный показатель достоверно повышается в 1,24 раза. Более выраженная стимуляция антителообразования обнаружена в группе, получавшей гепатин титр антител к ЭБ в 1,48 раза выше по сравнению с иммунодефицитными животными.

При ХТГ общее число клеток в тимусе снижается в 2,10 раза. Введение мышам с ХТГ протопина, гепатина и ЖСБ достоверно повышает уровень тимоцитов в 130-140 раза. При ХТГ общее число клеток в костном мозге уменьшается в 1,91 раза. Установлено, что изученные вещества (в 1,35-1,45 раза) стимулируют пролиферацию клеток в костном мозге мышей с ХТГ. При патологии печени число клеток в лимфатических узлах снижается в 2,4 раза, а после введения изученных гепатопротекторов их число повышается в 1,4-1,6 раза. При патологии печени уровень эритроцитов периферической крови снижается в 1,61 раза, под воздействием протопина, гепатина и ЖСБ и уровень повышается в 1,25-1,35 раза. Количество лейкоцитов при ОТГ уменьшается в 1,49 раза. Изученные средства повышают число лейкоцитов в 1,19-1,28 раза.

Вывод. На основании полученных данных можно прийти к заключению, что протопин, гепатин и ЖСБ обладают способностью стимулировать угнетенную иммунную и кроветворную системы при хроническом токсическом поражении печени.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТОКСИКОМАНИЕЙ

*Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Бекташев И.Б., Сахаталиева Р.Р., Мухтаров З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной и социальной жизни, что приводит к развитию стресса в поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса все больше людей прибегают к стратегиям аддиктивного поведения, которое относится к

деструктивным формам поведения и выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях. В настоящее время токсикомания составляет большую социальную проблему, т.к. токсикомания сама по себе приводит к серьезным психическим нарушениям, а у детей и подростков не до конца сформирована психическая деятельность, что приводит к еще большим и худшим непоправимым последствиям.

Цель: выявление среднего возраста начала злоупотребления токсическими веществами, особенности клинической картины токсиманического опьянения у детей и подростков, изучение влияния токсикомании на формирование личности у детей и подростков.

Материалы и методы. Изучены результаты анкетирования 15 обследуемых здоровых подростков в возрасте 9 - 15 лет. Для оценки особенности клинической картины и условий жизни у детей и подростков использовали анонимный опросник, который представляет собой шкалу, включающую 37 симптомов.

Результаты. Анализ анкетирования средний злоупотребления токсическими веществами, который составил 12,4 года. Исследования выявили более частые уходы от реальности при помощи токсикомании у подростков из неблагополучных семей, растущих в условиях эмоциональной депривации. Большинство детей и подростков 12 чел. (80%), обнаруживает полную анозогнозию, связанную с возрастными особенностями отношения к своему здоровью и личностной измененностью. Из общего числа обследуемых 82% составили мальчики.

Выводы. У большинства людей создается ошибочное мнение о транзиторном течении токсикоманий и об отсутствии неисправимых последствий в структуре личности детей и подростков. И при лечении данных пациентов часто не учитывается то, что токсикомания это вариант аддиктивного поведения (ухода от реальности), что приводит к невозможности полного излечения детей и подростков. В будущем это приводит к изменениям личностных черт, в виде чуждости, жестокости, неправильному восприятию действительности, и часто к переходу к более тяжелым вариантам злоупотребления - наркоманиям.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Сапиохунова Х.М., Бекташев И.Б., Яминова Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Заболевания органов пищеварения у детей ввиду их широкой распространенности, особенности клинического течения, высокого риска ранней манифестации и инвалидизации представляют серьезную медико-социальную проблему. Среди хронических заболеваний пищеварительной системы особое место занимают поражения органов гастродуоденальной зоны, на долю которых приходится 70-75% гастроэнтерологических заболеваний у детей. Уровень заболеваемости у детей составляет, по данным российских педиатров, 220-280‰, достигая в крупных промышленных городах и экологически неблагоприятных регионах -300-500‰. Среди этиологических факторов основную роль в возникновении гастродуоденальной патологии играет, прежде всего, наследственность. В семьях больных детей родители или близкие родственники часто также страдают хроническими заболеваниями органов гастродуоденальной зоны.

Цель: провести генеалогический анализ родословных детей с гастродуоденальной патологией

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 31 детей школьного возраста, больных хроническим гастродуоденитом. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста. Проведен сбор анамнеза путем подробного опроса их матерей, анализ истории развития ребенка, а также перенесенные заболевания по данным ф. 12. Проведен генеалогический анализ родословных в 4-х поколениях и выявлена взаимосвязь частоты заболеваемости и ее структуры от степени отягощенности родословных.

Результаты. В основной группе проанализировано 634 члена семьи, из них 498 (78,5%) - здоровые, 136 (21,5%) - с гастродуоденальной патологией. При этом больные распределялись по поколениям следующим образом: I поколение 12 (8, 8%), II поколение - 32 (23, 5%), III поколение - 45 (33, 1%), IV поколение - 47 (34,6%) Низкий удельный вес с гастродуоденальной патологией в I поколении объясняется плохой осведомленностью родителей обследованных нами детей о состоянии здоровья своих бабушек и дедушек. Несмотря на это отчетливо прослеживается тенденция к увеличению числа больных в последующих поколениях. В контрольной группе проанализировано 296 членов семьи, из них 285 (96,3%) - без гастродуоденальной патологии, 11 (3,7%) - с гастродуоденальной патологией. При этом больные распределялись по поколениям следующим образом: I поколение 0 (0%), II поколение - 4 (36,4%), III поколение 6 (54,5%), IV поколение - (9,1%). Гастродуоденальной патологией чаще страдали родственники первой степени родства. Семейный характер болезни встречался одинаково часто как у мальчиков, так и у девочек. Анализ родословных, наблюдаемых нами семей, подтверждает отсутствие МОНОРЕЦЕССИВНО наследуемого заболевания, как простого рецессивного и доминантного наследования. Передача патологических признаков от матери к сыну или дочери свидетельствует об отсутствии сцепления с половой хромосомой. Вместе с тем, широкое распространение гастродуоденальной патологии, позволяет рассматривать ее как имеющую наследственное предрасположения.

Выводы. Анализ родословных обследуемых детей позволил установить наличие достоверно высокой отягощенности по гастродуоденальной патологии в семьях детей больных данной патологией. Генеалогический анализ дает возможность прогнозировать состояние здоровья ребенка и тем самым своевременно провести профилактические мероприятия.

АХБОРОТ-КОММУНИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ ЎРНИ

*Минаваров Р.А., Девятков С. А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги вақтда фан тараққиёти ва у билан биргаликда техника тараққиёти жадал ривожланмоқда. Таълим соҳасининг ривожига нафақат Республикамиз миқёсида, балки жаҳон миқёсида ўзаро алоқаларни мустаҳкамлаш орқали мукамаллаштириши лозимлиги бугунги куннинг талабига айланди. Фан ва техника ютуқларини таълим тизимида узлуксиз қўллаш ўқитиш усуллариининг сифати ва самарадорлигини оширишни такомиллаштиради. Таълим тизимида замонавий ахборот-коммуникацион технологияларидан фойдаланишга бўлган талаблар йилдан-йилга ортиб бормоқда.

Андижон давлат тиббиёт институтининг реабилитология ва жисмоний тарбия кафедрасида даволаш, тиббий педагогика, тиббий профилактика, стоматология факультетлари 3- ва 6-босқич талабаларига «Реабилитология» фанидан маъруза ва амалий машғулот дарслари олиб борилади. Кафедранинг барча ўқув хоналари компьютерлар билан таъминланган ва интернет тармоғига уланган. Реабилитология дарсларида ахборот-коммуникацион технологияларидан фойдаланиш бир қанча қулайликларни яратмоқда. Дарс мобайнида талабаларга мавзуга оид видеофильмлар, видеороликлар, анимациялар, тест саволлари, вазиятчи масалаларнинг электрон шакли билан мустақил ишлаш имконияти мавжуд. Бундан ташқари, интернет тизими орқали реабилитология тўғрисида қўшимча маълумотларга эга бўлмоқдалар. Талабалар интернет тармоғидан фойдаланиб дарс жараёнидаги мустақил ишларни бажариш имкониятига эгадир. Дарс жараёнига бундай ёндоқиш ўқитувчига ва талабага вақтдан унумли фойдаланиш имконини кенгайтирмоқда.

Ўқув хоналаридаги компьютерларга кафедранинг ўқув фаолиятига тегишли бўлган барча маълумотлар, хусусан, ўқув-услубий мажмуа, календар тематик режа, ягона методик тизимлар, электрон дарсликлар, маърузаларнинг электрон шакли, амалий машғулотлар учун аудио- ва видеоқўлланмалар, мультимедиялар, амалий кўникмалар тўплами, магистратура талабалари учун ўқув дастури ва бошқаларнинг электрон шакли жойлаштирилган.

Кафедрада ахборот-коммуникацион технологияларнинг маълумотлар базаси яратилган. Ҳозирги кунда ушбу базада реабилитология фанидан 25 та мавзуга анимация кўринишидаги мультимедиялар ва аудиофильмлар, 15 та видеороликлар ҳамда 10 та электрон дарсликлар жойлаштирилган ва улардан маъруза, амалиёт дарсларида самарали фойдаланилмоқда.

Бундан ташқари барча маъруза ва амалий машғулотларга кейс-технологиялар тайёрланди ва улар ҳам кафедра компьютерларига жойлаштирилмоқда.

СЕМАНТИКА ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ ЕДИНИЦЫ В ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ

*Минаварова Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

В латинском языке используются лаконичные и афористические формулировки, отражающие опыт в разных сферах жизни. Латинский язык весьма богат такими выражениями благодаря своей длительной и содержательной истории.

Знание особенностей структурного оформления терминов необходимо не только для правильного создания новых терминов, но и для адекватного восприятия научного текста, семантика терминологической единицы чаще, чем это имеет место в естественном языке, формально выражается структурными особенностями термина.

Главную роль в формировании терминологии играет именно словообразование, так как классификация производных слов на основе словообразовательных средств и их значений является ценнейшей.

Формирование медицинской терминологии происходит в условиях развития новых областей знания, каждая из которых характеризуется своими собственными отличительными особенностями, связанными с потребностями формирования науки.

В терминологическом сложении основополагающими единицами становятся термины-элементы греческого происхождения. Смешение латинских и греческих элементов в одной сложной единице, дублирование одних и тех же аналогичных терминов материалом латинского и греческого происхождения, конкуренция латинских и греческих синонимов, многокомпонентность и т.д. - все это становится отличительными чертами словосложения в стоматологической терминологии.

При общей ориентации на закономерности словообразования на латинском литературном языке, в терминологическом сложении развиваются свои собственные тенденции, свидетельствующие о функциональной самостоятельности языка науки. В образовании термина участвуют только те модели, которые по своим структурным, семантическим и прагматическим характеристикам используются для создания отдельных терминов и для всей их упорядоченной совокупности.

Терминология, как отражение классификационной деятельности человека в той или иной области знания, закрепляет полученную в результате этой деятельности информацию в системе языковых знаков, создавая представление об одном из фрагментов научной картины мира.

НОВЫЙ УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Информатизация – это организационно-технический, технологический, социально-экономический процесс создания условий для удовлетворения информационных потребностей с использованием информационных ресурсов, технологий и систем.

Сегодня мировое общество характеризуется качественно новым уровнем развития, основанным на использовании информационно-коммуникационных технологий (ИКТ). В качестве основного элемента информатизации выступают информационные системы и ресурсы, которые отличаются от общетехнических приложений и становятся предметом повседневной необходимости.

Процессы информатизации современного общества и тесно связанные с ними процессы информатизации всех форм образовательной деятельности характеризуются совершенствованием и массовым распространением современных информационных и коммуникационных технологий. ИКТ активно применяются для передачи информации и обеспечения взаимодействия преподавателя и обучаемого в современных системах открытого и дистанционного образования. Современный преподаватель должен не только обладать знаниями в области ИКТ, но и грамотно применять их в своей профессиональной деятельности.

Информационные и коммуникационные технологии – это обобщающее понятие, описывающее различные устройства, механизмы, способы, алгоритмы обработки информации. Важнейшими современными устройствами ИКТ являются компьютер, снабженный соответствующим программным обеспечением, и средства телекоммуникаций вместе с размещенной на них информацией.

Основными категориями программных средств являются системные программы, прикладные программы и инструментальные средства для разработки программного обеспечения. К системным программам, в первую очередь, относятся операционные системы, обеспечивающие взаимодействие всех других программ с оборудованием и взаимодействие пользователя персонального компьютера с программами. В эту категорию также включают служебные или сервисные программы. К прикладным программам относят программное обеспечение, которое является инструментарием информационных технологий – технологий работы с текстами, графикой, табличными данными и т.д.

В современных системах образования широкое распространение получили универсальные офисные прикладные программы и средства ИКТ: текстовые процессоры, электронные таблицы, программы подготовки презентаций, системы управления базами данных, органайзеры, графические пакеты и т.п.

С появлением компьютерных сетей и других, аналогичных им средств ИКТ образование приобрело новое качество, связанное, в первую очередь, с возможностью оперативно получать информацию из любой точки земного шара. Через глобальную компьютерную сеть Интернет возможен мгновенный доступ к мировым информационным ресурсам (электронным библиотекам, базам данных, хранилищам файлов, и т.д.). В самом популярном ресурсе Интернет – всемирной паутине WWW опубликовано порядка двух миллиардов мультимедийных документов.

Как и другие методы и способы технологий и процессов, информационно-коммуникационные технологии имеют свои преимущества и недостатки.

3 основных преимущества ИКТ в образовании:

- с помощью ИКТ, изображения могут быть с легкостью использованы в процессе преподавания и обучения в целях содействия памяти, как студентов, так и педагогов;
- с помощью ИКТ, преподаватели могут с легкостью объяснять сложные инструкции, при этом обеспечивая большее понимание студентов;
- с помощью ИКТ, преподаватели могут создавать интерактивные классы и делать уроки более приятными, что может привести к лучшей посещаемости и концентрации учащихся.

3 основных недостатка ИКТ в образовании:

- настройка техники может оказаться опасной;
- слишком дорого в приобретении;
- возникновение затруднений у преподавателей, у которых отсутствует опыт в обращении с ИКТ-инструментами.

ФОРМИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ В ИНСТИТУТЕ

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Главным фактором, определяющим важность и целесообразность реформирования сложившейся системы образования, является необходимость ответа на основные вызовы, которые сделал человечеству XXI век:

- необходимость перехода общества к новой стратегии развития на основе знаний и высокоэффективных информационно-телекоммуникационных технологий;
- фундаментальная зависимость нашей цивилизации от тех способностей и качеств личности, которые формируются образованием;

- возможность успешного развития общества только в опоре на подлинную образованность и эффективное использование ИКТ;

- теснейшая связь между уровнем благосостояния нации, национальной безопасностью государства и состоянием образования, применением ИКТ.

Для эффективного внедрения и широкого использования возможностями ИКТ в Андижанском государственном медицинском институте широко применяется компьютерная техника не только при тестовых испытаниях, для презентаций на лекциях или чтения электронных учебных материалов, но и создается информационная среда.

Создание и развитие информационной среды предполагает широкое применение информационно-коммуникационных технологий в образовании, что определяется рядом факторов:

- внедрение ИКТ в образование существенно ускоряет передачу знаний и накопленного технологического и социального опыта человечества не только от поколения к поколению, но и от одного человека другому;

- современные ИКТ, повышая качество обучения и образования, позволяют человеку успешнее и быстрее адаптироваться к окружающей среде и происходящим социальным изменениям. Это дает каждому человеку возможность получать необходимые знания, как сегодня, так и в будущем постиндустриальном обществе;

- активное и эффективное внедрение этих технологий в образование является важным фактором создания системы образования, отвечающей требованиям информационного общества и процессу реформирования традиционной системы образования в свете требований современного индустриального общества.

Формирование и использование информационных ресурсов – одна из ключевых проблем создания единой информационной среды в институте. Для реализации данного направления основными задачами являются:

- внедрение и использование компьютерной техники и информационных технологий в учебный процесс;

- обеспечение доступа всех кафедр и подразделений к сети Интернет;

- формирование образовательных информационных ресурсов, в том числе электронных библиотек, электронных методических пособий и учебников по всем предметам;

- внедрение системы дистанционного обучения: вначале по электронной почте обмен информацией между преподавателем и студентами, а в дальнейшем между филиалами и другими образовательными учреждениями и т.д.;

- реализация этих задач будет способствовать повышению качества процесса образования в общеобразовательных, средних профессиональных и высших учебных заведениях;

- повышение уровня компьютерной грамотности преподавателей и студентов, работников отделов и служащих;

- совершенствование и развитие системы подготовки и повышения квалификации преподавателей и специалистов, проведения научных исследований в области ИКТ; внедрение международных стандартов подготовки квалифицированных специалистов; совершенствование системы непрерывного самообразования и обучения с использованием ИКТ;

- создание ведомственных и межведомственных баз данных, а также ведомственных и межведомственных систем электронного документооборота.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ БАЗЫ

Миनावарова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Современный этап развития системы высшего профессионального образования невозможен без применения последних достижений в области информационно-коммуникационных технологий (ИКТ). Применение ИКТ позволяет не только повысить эффективность традиционных форм обучения, но и обеспечивает доступ к получению актуальных образовательных услуг всем участникам современного образовательного процесса.

Информационные технологии могут с успехом применяться в различных областях современной медицины. Впечатляющие достижения мировой медицины в последние 20 лет в значительной степени стали возможны, благодаря внедрению новых медицинских технологий, основанных на ИКТ. ИКТ, которые стали движущей силой современной медицины, стремительно изменяют как способы диагностики и лечения, так и саму методику взаимодействия врачей с пациентами и друг с другом, организацию лечения и восстановления здоровья. Мониторинг применения ИКТ и современных медицинских технологий в медицинских учреждениях страны, уровня компьютерной грамотности медработников, а также использования медицинских услуг на основе ИКТ населением нацелен на формирование информационной базы принятия решений в области управления здравоохранением.

Узбекистан традиционно является крупнейшим научным и лечебным центром, причем не только для СНГ. В стране сосредоточено несколько тысяч крупных, средних и мелких лечебных, диагностических, профилактических и оздоровительных учреждений, аптек, оптовых фирм, поставяющих медикаменты и медицинское оборудование в разные регионы, представительство зарубежных и отечественных фирм-производителей. При всех изменениях экономической и политической конъюнктуры поддержание здоровья остается одной из главных целей любого человека, вследствие чего не уменьшается потребность в информации медицинского характера. Причем из-за большого разброса цен на медицинские товары и услуги возникает стремление оптимизировать усилия и затраты на поддержание здоровья и лечение.

Информация о заболеваниях, методах профилактики и лечения, доступности и действии лекарственных препаратов, об особенностях реакции организма и побочных эффектах требует, с одной стороны, обеспечения максимальной доступности, а с другой – достаточно гибкой и глубокой фильтрации. В стране налажен достаточно жесткий контроль деятельности всех субъектов медицинского рынка (независимо от формы собственности) со стороны властных структур путем лицензирования деятельности всех лечебных и диагностических учреждений, а также оптовых и розничных фирм, работающих на лекарственном рынке. Этот контроль со временем будет только усиливаться.

Деятельность в медицинской сфере (и особенно на рынке лекарств) достаточно формализована, так как основана на принятой во всем мире терминологии. Это обеспечивает хорошие условия для создания адекватных моделей данных и информационных потоков. За предшествующие годы пройден долгий путь автоматизации многих медицинских центров и аптечных учреждений, налажен достаточно высокий уровень информирования населения. В то же время, за последние 3-5 лет появилось большое число новых коммерческих медицинских учреждений, в которых автоматизация осуществляется «с нуля». Перечисленные факторы, с одной стороны, создают, благоприятные условия для внедрения ИКТ в сферу медицинских услуг и обеспечения лекарственными препаратами. А с другой стороны требуют весьма тонкого лавирования между необходимостью способствовать максимальному распространению медицинской информации. А также необходимостью введения определенных ограничений на доступ к ней для лиц, не обладающих достаточной квалификацией для адекватной оценки этой информации, не говоря уже о контроле над распространением недостоверной информации и недобросовестной рекламы методов лечения и лекарств.

ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

К наиболее важным направлениям внедрения ИКТ в область здравоохранения можно отнести следующие:

- создание единой информационной базы данных «Электронный паспорт здоровья гражданина»;
- создание компьютерной базы данных с подробной информацией о лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения – для населения и для специалистов;
- обеспечение доступа к медицинской информации для профессиональных пользователей и потребителей соответствующих товаров и услуг;
- обучение персонала каждого учреждения здравоохранения страны навыкам работы с электронной почтой и ресурсами Интернет с обязательной проверкой знаний в период аттестации.
- создание на базе ведущих институтов, клиник и диагностических центров пунктов «консультаций через Интернет» для всех учреждений здравоохранения, включая поликлиники, а также системы записи населения к специалистам через электронную почту.

Неизбежное внедрение во все сферы жизни ИКТ диктует новую стратегию реформирования и модернизации здравоохранения. При этом важно, чтобы затраты на осуществление реформы не отягощали бюджет, так как в противном случае они останутся на бумаге. Одной из составляющей такого подхода является «электронная медицина».

Под электронной медициной понимается комплекс процедур, с помощью ИКТ и высокоскоростных магистральных каналов связи обеспечивающий адекватный обмен медицинскими данными на расстоянии. Это направление быстро развивается, медики Узбекистана также включаются в различные национальные и международные проекты. Так, ряд клинических центров Андижана, Намангана, Ташкента и Самарканда осуществляют электронно-медицинские контакты с клиниками США, Германии и Индии.

Электронная медицина позволяет одновременно решать ряд актуальных социальных и медицинских проблем:

- пациенты, независимо от места проживания, в течение короткого промежутка времени могут быть проконсультированы квалифицированными специалистами вплоть до организации консилиума врачей из разных клиник и даже городов;
- совместное использование медицинскими учреждениями дорогостоящей высокотехнологичной аппаратуры; обучение работе с последней. Настало время приступить к разработке стратегии и программы действий по развитию информатизации здравоохранения и электронной медицины в Ташкенте, опирающихся на достижения современных технологий с привлечением всех заинтересованных сторон;
- благоприятные условия для снижения заболеваемости, сохранения трудоспособности активной части населения, сокращения сроков временной нетрудоспособности и улучшения медицинского обслуживания малоимущих групп населения и пенсионеров;
- улучшение лечебно-профилактической деятельности в области охраны материнства и детства;
- оптимизация системы снабжения и закупок медицинского и вспомогательного оборудования, оснащения, расходных материалов и медикаментов и создание информационных систем служб эксплуатации оборудования и сервисное обеспечение.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В сфере обеспечения безопасности пациентов современные автоматизированные системы способны усилить контроль качества и безопасности лекарственных средств и медицинских услуг, снизить вероятность врачебных ошибок, предоставить скорой помощи средства оперативной связи и доступа к жизненно важной информации о пациенте. Современные технологические решения в состоянии обеспечить свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от места проживания пациента, значительно повысить доступность высокотехнологичных медицинских услуг, медицинской экспертизы.

Кроме того, ИКТ предоставляют доступ населению к достоверной медицинской информации. Например, о публикации административных регламентов оказания государственных услуг в сфере здравоохранения; создании информационных центров и «горячих линий» для населения; сертификации частных медицинских информационных ресурсов в интернете; информировании населения о качестве медицинских услуг, оказываемых частными организациями; публикации информации о центрах донорских материалов.

Информационные технологии могут найти применение и в области предупреждения болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний. Это достижимо посредством мониторинга, анализа и прогнозирования эпидемиологической ситуации в стране; создания межведомственных систем обеспечения ветеринарного, фитосанитарного, радиологического, экологического и иных видов контроля; разработки программ по работе с населением и работодателями, направленных на профилактику заболеваний.

ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Незаменимы ИКТ и с точки зрения повышения квалификации медицинского персонала. Это возможно с помощью внедрения программ дистанционного обучения и переподготовки медицинских кадров; разработки курсов по информатике для студентов медицинских вузов; разработки программ стимулирования использования ИКТ в медицинских учреждениях; обеспечения доступа медицинских работников к профессиональным медицинским ресурсам, включая электронные справочники лекарственных средств, заболеваний и т.д.; внедрения программ национального кадрового мониторинга.

Наконец, повышению эффективности здравоохранения будут способствовать внедрение безбумажного документооборота; разработка и внедрение типовых автоматизированных информационных систем для государственных лечебно-профилактических и других медицинских учреждений; создание единой информационной системы органов государственной власти, уполномоченных в сфере здравоохранения и социального обеспечения населения.

Для создания единого информационного пространства здравоохранения необходимо разработать электронные паспорта медицинских учреждений, медицинского персонала, медицинской техники и лекарственных средств, поставщиков медицинского оборудования и лекарственных средств. Необходимо создать единые классификаторы заболеваний и симптомов, медицинской техники и лекарственных средств, процедур, результатов лабораторных исследований, донорских материалов. Кроме того, необходимо сформировать вычислительную и телекоммуникационную инфраструктуру, унифицировать форматы обмена данными, разработать необходимое программное обеспечение.

Создание единого информационного пространства здравоохранения позволит наладить процессы учета, лицензирования и сертификации в области медицины, а также процесс сбора и обработки статистических данных; контролировать взаиморасчеты между лечебно-профилактическими учреждениями и страховыми компаниями, финансирование в области социального обеспечения граждан; ввести электронный документооборот и упорядочить с его помощью обмен информацией между ведомствами. Работники системы здравоохранения получат возможность выписывать направления на лабораторные обследования в online-режиме, результаты которых будут возвращаться также в электронном виде; предоставлять необходимые выписки пациентам в электронном виде; выписывать электронные рецепты и оперативно выявлять имеющиеся противопоказания; проводить дистанционные консультации и консилиумы.

Широкое распространение должны получить пластиковые карты, электронные браслеты в стационарах, электронные истории болезни. Появится возможность внедрения типовых интегрированных приложений для медицинских учреждений и браузеров для доступа пациентов.

Одна из первоочередных задач – создание автоматизированных систем хранения и доступа к графической информации (рентген, томограмма, ЭКГ и т.д.) и информации о наличии донорского материала, а также предоставление услуг по интерпретации результатов обследований и организации электронной очереди на донорский материал. Однако, несмотря на то, что в настоящее время основные принципы электронного здравоохранения уже утверждены, концепция его построения недостаточно проработана и не реализуется, а нормативно-правовая база практически отсутствует.

ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЕ В ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Терминообразование – самая малоизученная область словообразования. Между тем без тщательного его исследования невозможно создать полной картины словообразования того или иного языка, выявить его особенности, т.к. многие

специфические явления характерны только для терминообразования. Целый ряд аффиксов, словообразовательных типов является собственно терминологическим, присущим только терминологии. Кроме того, некоторые тенденции развития словообразования с наибольшей полнотой и интенсивностью проявляются именно в терминообразовании.

Латинский язык оживает именно в терминообразовании. И сейчас можно говорить о продуктивности тех или иных аффиксальных и корневых морфем этого языка, так как многие латинские и латинизированные греческие лексические и словообразовательные единицы используются в современных языках для образования новых терминов в различных областях науки. Это такие науки, как ботаника и зоология, терминология которых основана на латинских и латинизированных греческих словах. Каждое животное или растение имеет соответствующее «стандартное» научное наименование, что позволяет ученым разных стран четко и недвусмысленно обозначить те или иные явления. Кроме этого все органы и части человеческого тела имеют либо латинские названия, либо латинизированные названия. То же самое относится и к названиям лекарств: в этой области унификация особенно важна, так как без нее невозможно ориентироваться в безбрежном море лекарственных препаратов. Рецепты издавна выписываются на латинском языке и по определенным правилам, так, что рецепт, выписанный, например, в Узбекистане, должны без труда понять в Израиле. И вообще, зная латынь, человек получает ключ к огромным пластам культуры античности, средних веков и эпохи Возрождения.

Латынь в медицине традиционно используется в анатомической, клинической и фармацевтической терминологии. Знание латыни позволяет врачам разных стран мира без труда понимать друг друга. Давняя традиция использования латинского языка в медицине служит объединяющим фактором для медиков всего мира и для унификации медицинского образования.

Все это делает особенно актуальным изучение словообразовательной структуры терминов, выявление специфики системы терминообразования путём сопоставления её с системой именного словообразования литературного языка.

Именное словообразование в латинском языке до настоящего времени остаётся одной из наименее разработанных областей. До сих пор не предпринята попытка анализа латинской системы словообразования в целом, в том числе именного словообразования.

Научная терминология относится к области интернациональной лексики, построенной на основе латинского языка и его форм. Эта лексика должна быть одинаково понятна образованным людям всего мира. Разумеется, большая часть медицинской или научной терминологии отличается специальным характером, а потому известна немногим. Но в интернациональной лексике имеется общий слой, который состоит из самых употребительных слов, преимущественно общественного или политического значения, которые должны быть известны и понятны всем. Сюда относятся такие заимствованные слова из латинского языка, как гуманизм, республика, форум, университет, ассоциация, ассистент, доцент, интернатура, студент, стипендия, семинар и др. Основные современные языки, включая русский, на 10% состоят из интернационализмов. Учеными подсчитано, что из 20000 наиболее употребительных слов английского языка около 10400 – латинского.

НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ «ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ»

Минаварова Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Подводя итоги уходящего года, Президент Республики Узбекистан Ш.М.Мирзиёев сказал, что стремительное развитие экономики требует внедрения информационных технологий. На следующие пять лет приоритетной задачей для Узбекистана будет ускоренный переход на цифровую экономику. Хотя «формирование «цифровой экономики» потребует соответствующей инфраструктуры, огромных средств и трудовых ресурсов, заниматься этим следует уже сегодня, иначе завтра уже будет поздно», - сказал он.

«Известно, что цифровые технологии не только повышают качество продукции и услуг, снижают расходы, но и являются эффективным инструментом против борьбы с коррупцией – самой серьёзной проблемой, которая меня очень беспокоит», - подчеркнул президент, напомнив, что внедрение цифровых технологий способствует эффективности государственного и общественного управления, развитию социальной сферы.

Для продолжения и выведения на новый, современный уровень работы по развитию сферы науки и просвещения, воспитания молодежи личностями, обладающими глубокими знаниями, высокой культурой и духовностью, формирования конкурентоспособной экономики Шавкат Мирзиёев предложил объявить 2020 год в нашей стране Годом развития науки, просвещения и цифровой экономики. Применение информационных технологий значительно ускорит работу государственных учреждений, что может способствовать сокращению «лишних» должностей. Кроме того, ИКТ предоставляют доступ населения к достоверной медицинской информации. Например, о публикации административных регламентов оказания государственных услуг в сфере здравоохранения; создании информационных центров и «горячих линий» для населения; сертификации частных медицинских информационных ресурсов в интернете; информировании населения о качестве медицинских услуг, оказываемых частными организациями; публикации информации о центрах донорских материалов.

Информационные технологии могут найти применение и в области предупреждения болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний. Это достижимо посредством мониторинга, анализа и прогнозирования эпидемиологической ситуации в стране; создания межведомственных систем обеспечения ветеринарного, фитосанитарного, радиологического, экологического и иных видов контроля; разработки программ по работе с населением и работодателями, направленных на профилактику заболеваний.

СОЗДАНИЕ СВОБОДНОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Минаварова Г.М., Хаитбаева Г.И.

Андижанский государственный медицинский институт

В ходе Государственного визита Президента Узбекистана Шавката Мирзиёева в Индию 30 сентября – 1 октября прошлого года было подписано Соглашение о партнерстве между двумя регионами - штатом Гуджарат Индии и Андижанской областью. Согласно Указу Президента Республики Узбекистан в Андижанской области будет создана свободная экономическая зона для высокотехнологичных фармацевтических компаний.

Выбор партнером штата Гуджарат не случаен. В Гуджарате весьма развито фармацевтическое производство, доля штата в котором по стране составляет 40 %. Здесь расположены офисы и производственные мощности таких крупных фармацевтических компаний, как «Cadila Healthcare», «Cadila Pharmaceuticals Ltd», «Intas Biopharmaceutical», «Dishman Pharmaceutical and Chemicals».

Таким образом узбекские власти хотят привлечь ведущие фармацевтические компании из Индии, которые, как ожидается, будут создавать лекарства, в том числе на основе местного растительного сырья. Это должно привести к насыщению местного рынка эффективными медикаментами и созданию новых рабочих мест.

СЭЗ для фармацевтов создадут в Андижанском районе на 30 лет с возможностью продления срока функционирования зоны. Резидентов СЭЗ освободят от земельного налога, налога на прибыль, налога на имущество юридических лиц, единого налогового платежа для микрофирм и малых предприятий, а также от обязательных отчислений в Республиканский дорожный фонд и внебюджетный фонд развития материально – технической базы образовательных и медицинских учреждений. Кроме того, они не будут платить таможенные платежи за оборудование, сырьё, материалы и комплектующие изделия, завозимые для собственных производственных нужд.

В Узбекистане уже действуют семь СЭЗ для фармкомпаний, одна из них - «Косонсой - фарм» - расположена в Наманганской области. Всего в республике функционирует 21 свободная экономическая зона.

В ноябре были опубликованы результаты опроса, которые показали, что большинство инвесторов сожалеют о том, что вложили средства в предприятия, расположенные в свободных экономических зонах Узбекистана. Среди основных проблем предприниматели называли сложности с получением виз, бюрократизм, плохую логистику и отсутствие социальной инфраструктуры.

ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ МЕТОДЫ ПРАВИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

Наджимова З. Н., Ходжаева И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Помимо профессиональных медицинских знаний врач должен обладать навыками общения с пациентом. Ведь искусство беседы врача с пациентом – одно из главных качеств его работы. Беседа и психологическое воздействие на пациента очень важно для выздоровления. Такие беседы основаны на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении.

Цель. Изучение роли правильного общения врача с больными.

Методы исследования. Объектом исследования являлись 32 пациента, болеющие неврологическими заболеваниями. Предмет исследования – правильное общение и психологическое воздействие на пациента. Исследование проводилось в городской клинической больнице № 17 путём применения этических моделей: модель Гиппократ, модель Парацельса, диетологическая модель.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом. В целом, у 32 пациентов отмечаются хорошие показатели после психологического воздействия и бесед врача, т.е. значительное улучшение здоровья пациента.

Обсуждение. У 32 пациентов отмечалась удовлетворённость проводимых методов. С помощью модели Гиппократ (принцип «не навреди») были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом. При применении модели Парацельса, (принцип «делай добро») между врачом и пациентом сложились доверительные отношения, а это улучшило душевное состояние больного, интереса к окружающему миру. Изучение качества жизни пациентов показало непосредственную взаимосвязь проводимой схемой лечения. Он базировался на объективном состоянии пациента.

Выводы. Таким образом, особенности общения врача и пациента являются значимым фактором эффективности лечения. Недостатки общения врача и пациента могут свести на нет результативность медикаментозного лечения и даже ухудшить состояние больного, и, напротив, эффективное общение врача и пациента существенно повышает вероятность выздоровления. Следовательно, социальные способности следует наряду со знаниями и умениями отнести к профессионально значимым качествам врача.

При лечении больных целесообразно проведение различных эффективных бесед с учётом психологического статуса пациента, который способствует к улучшению результатов лечения и качества жизни.

АВТОҲАЛОКАТЛАРНИНГ 1-ФАЗАСИДА УЧРАЙДИГАН ЖАРОҲАТЛАРНИ СУД – ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗАСИ

Нурматов Х., Маматалиева М.А., Шакиров С.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Ҳар йили автоҳалокатлардан 250-300 мингдан кўпроқ аҳоли вафот этади, 7-8 млн. инсон турли даражадаги тан жароҳатларини олишади.

Ишнинг мақсади. Тадқиқот автохалокатларнинг 1-фазаларида учрайдиган жароҳатларда комплекс ҳолда танани бош, юз, бўйин, кўкрак, қорин, бел ва чанок ва оёқ-қўллари соҳаларида, ўнг ва чап томонда, марказий ёки 2 томонлама жойлашуви тирик шахслар ва мурдалар устида олиб борилган. Тадқиқотлар Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган «Нексия» ва «Дамас» автомобилларини автохалокатларини таққослаб, маҳаллий шароитда ўрганиш.

Тадқиқот объектлари. ЎР ССВ СТЭИАМ АФ рўйхатдан ўтган 2015-2019 йиллардаги автотравмалардан ўлган 500 нафар 10 ёшдан 85 ёшгача бўлган мурдаларнинг архив материаллари.

Текширув натижаси. «Нексия» автомобили ҳайдовчиларида 9% ҳолатда, йўловчиларида 17% ҳолатда бўйин соҳасида жароҳатлар кузатилди.

Кўкрак қафасида жароҳатлар бошқа аъзоларни оғир даражали шикастлари билан биргаликда кузатилди, «Нексия» автомобили ҳайдовчиларида 10%, «Дамас» автомобили ҳайдовчиларида эса 22% ҳолатларда қайд этилди. Кўкрак қафасида шилинмалар «Нексия» автомобили ҳайдовчиларида чап томонлама кўкрак қафасининг пастки юзларида, «Дамас» автомобили ҳайдовчиларида кўкрак қафасининг олд юзаси, ўнг ва чап томонларида конталаш ва шилинмалар билан кузатилди.

Кузатувларда ҳайдовчи танасини юқори соҳаларида юзага келадиган жароҳатларни зарба, босим - бармоқлар орасига, танасини пастки соҳаларида болдир - товон ва тизза бўғимларига тушиши, олдинги ўриндикдаги йўловчи панжасини олдинги панелга тираши ва бунда зўриқиш билан - панжа бўғимига, орқа ўриндикдаги йўловчиларда эса зўриқиш билан, елка мушакларига тушиши қайд этилди.

Хулоса. Ҳайдовчи ва олдинги ўриндикда ўтирган йўловчи танасидаги жароҳатларни вужудга келиши биринчи фазада «Нексия» автомобилида тананинг пастдан юқорига қараб ҳаракатланиши, «Дамас» автомобилида тананинг орқадан-олдинга қараб ҳаракатланиши оқибатида юзага келиши билан намоён бўлди.

ПАМЯТЬ – ПАВШИМ, ПОЧЕСТИ – ЖИВЫМ

Нурматова Н.Н., Турсунова Д.

Андижанский государственный медицинский институт

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 2 марта 1999 года, каждый год 9 мая Узбекистан отмечает День Памяти и Почестей. Это праздник светлой грусти, трепетного почтения, гордости и глубокой благодарности тем, кто когда-то, ценою своей жизни, внёс неоценимый вклад для достижения мира и благополучия будущего поколения и тем, кто делает это сейчас. В этот день, ровно 75 лет назад, наша страна, как и другие союзные республики, внесла свой вклад в победу над фашизмом. Вторая мировая война, которая продолжалась шесть лет, принесла неисчислимые бедствия всему человечеству: на полях сражений, на оккупированных фашистами территориях погибли миллионы людей, среди них и узбекистанцы, сотни и сотни тысяч людей остались инвалидами. Народ нашей страны трудился и в тылу: принимал беженцев, обеспечивал фронт всем необходимым. В годы войны дехкане Узбекистана продолжали выращивать хлопок-сырец, кормили шелковичных коконов, заготавливали зерно, картофель и овощи, мясо, шерсть и др.

“Сегодня мы, прежде всего, склоняем голову перед памятью наших отцов и дедов, внесших огромный вклад в Великую Победу, которым не довелось увидеть нынешние светлые дни“, - сказал Президент страны Шавкат Мирзиёев на торжественной церемонии, посвященной Дню памяти и почестей.

Сегодня, когда Узбекистан движется по пути независимого развития и строит правовое демократическое государство, очень важно сохранять и развивать всё хорошее, что содержит в себе опыт прошлого, а именно ту высокую духовность, которая была присуща поколению, пережившему все невзгоды и тяготы войны. По инициативе Республиканского фонда “Нуроний” подготовлена и издана 34 томная книга “Память”. В ней увековечены имена тех, кто не вернулся с войны.

Уважение и почитание ветеранов – одна из добрых традиций нашего народа. В нашем государстве молодое поколение воспитывается в духе уважения к старшим, оказывает им внимание и заботится о них.

Когда мы говорим об этом дне, Дне Памяти и Почестей, мы должны понимать, что этот день не только тех, кто героически погиб во второй мировой войне, но и тех, кто проявил безграничный героизм, отвагу и самоотверженность для достижения Независимости нашей Родины. Это Тумарис и Ширак, Муканна и Джалилдин Мангуберды, джаиды, “борцы за независимость” и др.

Жить с исторической памятью, проявлять высокое уважение и почитание памяти ушедших – эти человеческие качества, которые занимают огромное место в наших национальных ценностях, традициях.

Если мы не осознаём того, за счёт чего мы дожили до таких счастливых дней, какие тяжёлые битвы и страдания были на этом пути, сколько людей пали жертвой на полях сражений, то будет трудно понимать, ценить наши нынешние счастливые дни, чистое небо, мирную и спокойную жизнь.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ПАРҲЕЗ ОВҚАТЛАНИШНИ БАҲОЛАШ

Отажонов И.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Камоксилли пархезнинг асосий мақсади организмдаги метаболит жараёнларни тўғирлаш ва диализдан олдинги даврни узайтиришдан иборатдир. Диализдан олдинги давр беморнинг ҳаёти учун жуда муҳимдир, иктисодий нуктаи назардан диализ терапиясининг нархи ошиб бориши ва диализдан кейин беморнинг ўлим хавфи юқори бўлганлиги сабабли камоксилли пархезни муддатини узайтириш тавсия этилади. Камоксилли пархез фойдаланган ҳолда диализнинг бошланишини ўртача бир йилдан кўпроқ вақтга кечиктириш мумкин. Камоксилли пархез тайинланганда уремик синдром аломатларининг пасайиши, гиперпаратироидизм оғирлиги пасайиши, инсулинга сезиргирликнинг ортиши, метаболит

ацидоз частотасининг пасайиши, протеинурия пасайиши, артериал гипертензия назоратининг яхшиланиши, шунингдек беморнинг субъектив фаровонлиги ҳақида қўлаб далиллар мавжуд. Камоқсилли парҳез тайинлашда қуйидаги қоидаларга қатъий амал қилиш лозим:

4. овқат рақидонидаги оксилнинг чекланиши сурункали буйрак касаллиги даражасига мос бўлиши керак – коптокчалар филтрация тезлиги нисбатан пастрок бўлганда кунлик миқдори 0,8-0,7 г/кг, нисбатан оғирроқ вазиятларда 0,6 г/кг дан 0,3 г/кг. гача;

5. рақидондаги оксилнинг камида 60 %и юқори биологик аҳамиятга эга етарли аминокислотларга бой ва яхши ҳазм бўладиган бўлиши керак;

6. кунлик қувват юқори – камида 35 ккал/кг/кунлик бўлиши лозим.

Тадқиқот мақсади – сурункали буйрак касаллигига чалинган беморлар учун тавсия этилган парҳез овқатланишга баҳо бериш.

Тадқиқот натижалари. Олинган маълумотлар асосида сурункали буйрак касаллигига чалинган беморлар учун етти кунлик меню ишлаб чиқилди. Беморлар учун овқатланиш тартиби 6 марталик қилиб белгиланди. Менюга асосан ўсимлик маҳсулотлари қиритилган бўлиб, унда ҳайвон маҳсулотлари (асосан гўшт маҳсулотлари кунлик миқдори 30 г. дан қўп эмас) чегараланди. Сут ва сут маҳсулотлари (сут, қаймоқ, творог) ҳафтасида фақат 3 марта тавсия этилди. Ҳайвон ёғининг кунлик миқдори ўртача – 30-40 г.ни, ўсимлик ёғи – 25-35 г.ни ташкил қилди. Ҳайвон оксидаги мавжуд бўлган алмайтириб бўлмайдиган аминокислоталарни ўрнини қоплаш учун 5% соя уни билан бойитилган нондан (100 г маҳсулот таркибида оксил – 8,1 г, ёғ – 1,1 г, углевод – 44,4 г, қувватмандлиги – 220 ккал) қунига 150 г. овқат рақидонига қиритилди.

Овқат рақидонини умумий қувватмандлиги 2003,3 ккал.дан 2206,3 ккал.гачани ташкил қилди. Асосий озуқа моддаларидан оксил миқдори 42,7-48,2 г, ёғ 71,7-104,5 г, углевод эса 241,6-344,2 г атрофида бўлади. Ҳайвон оксиди умумий оксилнинг 64,5 дан 85,1 % гача қисмини ташкил қилди. Хулоса қилиб, камоқсилли парҳезни ижобий баҳолаб сурункали буйрак касаллигига чалинган беморлар учун тавсия қилиш мумкин.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И УРОВНЯ ГОРМОНОВ В СЛЮНЕ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДОВОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА НА ЭТАПЕ ВЫСШЕГО СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА

¹Разумеева С.А., ¹Лысанов Г.А., ¹Макаров Е.А., ¹Мирзаева З.А., ^{1,2}Соломатина Л.В., ^{1,2,3}Зотова Н.В.

¹ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина», Институт естественных наук и математики;

²ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук», лаборатория иммунологии воспаления;

³ГАПОУ СО «Училище олимпийского резерва №1 (колледж)».

Актуальность. Саливадиагностика – перспективный метод оценки состояния спортсменов в спорте высших достижений, имеющий ряд преимуществ: более 50 определяемых параметров, неинвазивность, легкость хранения, удобство в массовом обследовании. Недостаток литературных данных по применению данного метода в спорте высших достижений, а также возможность применения результатов исследований для коррекции интенсивности нагрузок, профилактике травм и «синдрома перетренированности», обуславливают актуальность данного направления исследований.

Цель. Оценить изменение биохимических параметров и уровня гормонов в слюне волейболистов в течение годового тренировочного цикла на этапе высшего спортивного мастерства (ВСМ).

Материалы и методы. Исследуемую группу составили девушки-волейболистки (10 чел., средний возраст 17,5 лет, этап ВСМ), забор слюны – в начале годового цикла и по окончании соревновательного периода. В контрольную группу вошли студенты-добровольцы (16 чел., средний возраст – 20,5 лет, умеренные физические нагрузки), время забора слюны – осенний семестр, группа сравнения – эти же студенты, забора материала – во время зимней сессии.

Определяли общие показатели слюны (объем, длительность забора слюны, скорость саливации и pH); биохимические показатели: ЩФ, Ca²⁺, креатинкиназу общую и мышечную (КК общ. и КК МВ), витамин С; уровни гормонов: Т4, тестостерон и кортизол.

Статистический анализ проводили с применением программы Statistica 10.0 (Stat Soft Inc., USA), непараметрические критерии Краскела-Уоллиса, медианный тест, Вилкоксона для связанных групп, p<0.05.

Результаты. Уровень кортизола у спортсменок был статистически значимо выше, чем в контрольной группе. В годовом тренировочном цикле происходит снижение уровня кортизола, а у студентов, напротив, его уровень во время сессии становится выше, достигая уровня кортизола спортсменок по окончании соревновательного периода. Значимых отличий по уровню Т4 и тестостерона выявлено не было. Также более высокой у волейболисток была концентрация Ca²⁺, pH слюны и скорость саливации по сравнению с контрольной группой, и эти показатели повышались к концу сезона.

Выводы. У спортсменок в годовом тренировочном цикле происходит адаптация, в том числе вегетативной нервной системы, к тренировочным и соревновательным нагрузкам. Исходный уровень многих показателей выше, что, очевидно, связано с особенностями метаболизма, питания и минерального обмена.

ҒАРБ ЁШЛАРИ СУБМАДАНИЯТИНИНГ БИРЛАШГАН ЙЎНАЛИШЛАРИ

Раҳматова З.М., Ахунова М.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги кунда психология, социология, ижтимоий педагогика бир қатор ёшларнинг ҳаёт тарзига айланиб бораётган асоциал ҳулқ муаммоларини ўрганишга киришди. Бунда ёшлар асоциал ёшлар субмаданияти таъсирига тушиб қолишган, шунинг учун ўз фаолиятида унинг қадриятлари, аъёнлари ва хусусиятларини амалга оширадilar. Мазкур

мақолада кўпроқ асоциал хулқ, асоциал ёшлар субмаданияти, унинг атрибутлари, шунингдек ёшларнинг асоциал хулқ профилактикаси муаммоларини кўриб чиқамиз. Тадқиқотчи Р.В. Овчаров асоциал хулқ-атворни девиант хулқ –атворнинг бир кўриниши сифатида тушунади ва унга тажовузкор (агрессив), конунбузар (делинквент), криминоген (жиноий) хулқ атворларни киритиб, унинг асосида социализация, ижтимоий-педагогик эътиборсизлик ва хулқ атворни бошқаришнинг ўзгариши ётади, деб айтади. Биз асоциал хулқ- атвор жиноий характерга эга эканлиги ҳақидаги муаллиф нуктаи назарига қўшилмаймиз. Биз ғайриинсоний хулқ –атвор жиноий фаолиятга олиб келиши мумкин, деб ҳисоблаймиз, тадқиқотчилар К. Пенсом ва П. Беттсларнинг жиноятлар келиб чиқиши асоциал хулқ –атворда яширин бўлиши мумкин, деган фикрларига қўшилаемиз.

Қондага кўра, асоциал хулқ –атвор кўпинча ўсмирлик давридаги шахсларда кузатилади, улар юқори фаолликда бўлиб, асоциал хулқ-атворнинг материал мотивларга эга бўлмай, безорилик ва вандализм сингари шаклларида ўз аксини топади. Масалан, А.Коен томонидан ўғил бола-жиноятчилар билан олиб борган тадқиқотида кўрсатишича, ўғил болалар автомобилларни қайта сотиш учун ўғирламайдилар, балки улар буни қилишга ҳақлари йўқлигидан вазиятнинг ҳамма тавақалчилигини бошидан кечирган ҳолда хавотирланиб, ўзларини хурсанд кўрсатишга ҳаракат қиладилар. Ёшларнинг асоциал хулқ-атвори 19-асрдан бери катталар ва тадқиқотчилар томонидан жиддий эъборга олинган. Катталар назоратсиз ёшлар фаоллиги (кўча тўдалари ҳақида гап кетяпти) “ахлоқий ваҳима” пайдо бўлишига олиб келади (бу атама Стенли Коеннинг “Миллий жинлар ва ахлоқий ваҳима”сига тегишли). Қатор хорижий олимлар (К.Гриффин, С.Фрис, М.Брейк, С.Коен, Дж.Форнас, Г.Болин ва б.) ўзларининг тадқиқот ишларини улғайиш шакли сингари ёшлар ва катталарнинг ўзаро муносабатларида қайсидир вазифага оғишни акс эттирувчи ёшларга бағишладилар. Тадқиқотчи Кристин Гриффин таъкидлашича, ўсмирлик ва ўспиринлик даврига хос бўлган исёнга мойиллик ёшларни ноқонуний фаолият ҳамда субмаданиятга жалб қилиш билан бошланғич боғлиқликни яратади. Ушбу ғоя Саймон Фрис ишларида ҳам учрайди, у субмаданият ёшларга “ўзиники” билан танишишга ёрдам беради ва уни жамиятдан фарқлаш ҳиссини тушунтиради. Тадқиқот нуктаи назаридан келиб чиқиб, улғаяётган даврда катталар томонидан шахсий хавотирланиш ва тушунмовчиликни жамоа ҳолатида, реер groups деб ном олган ўзларига тенгдош шахслар гуруҳида бирлаштириш осон кечади. Бундай норасмий бирлашма ёшларга қўллаб қувватлаш, ишонч ҳисси, катталар жамиятидан воз кечадиган маълум маънода обрў-эътибор беради. Бироқ бу ерда бошқа муаммо пайдо бўлади: ёш шахс онгли равишда ушбу субмаданиятда иштирок этадими, унинг мафкураси билан ўртоқлашадими ёки у тасодифан бу ерга ҳимоя, ёрдам излаб келганми, ҳозирда эса ушбу бирлашма кадрятлари ва маъёрларини қабул қилишга мажбурму билиб бўлмайди. Иккинчи ҳолат шаклланмаган шахс учун жуда кенг тарқалган ва деструктив ҳисобланади, айниқса, агар асоциал йўналган субмаданият ҳақида гап кетса, Коен фикрига қўшила олмаймиз, чунки улар асоциал йўналтирилган ёшларни жиноий тўдага бириктириб, улар таъсирига антиижтимоий бўлиб қолади. Асоциал фаолият мотивлари ва асоциал тажриба норасмий ёшлар субмаданиятининг кўплаб типологияси асосида ётади. А.В.Мудрик таъкидлашича, асоциал субмаданият уларни ташувчиларининг ҳаёт шароити ва мўлжалининг қимматига боғлиқликда жамият ва қисман жамиятга қарши меъёрларга оз ёки кўп миқдорда йўналтирилади. И.П.Башкатов ёшларнинг асоциал норасмий бирлашмасини ажратиб, уларда асоциал қиммат ва меъёр, муҳим ҳаёт услуби, симболи, сленгнинг мавжудлиги, асоциал ҳолатнинг вазиятли характери ва жиноий йўналганликнинг йўқлиги ҳақида гапирди. Ғарб тадқиқотчиси М.Брейк ёшлар субмаданиятини ёлгон нуктаи назаридан кўриб чиқади ва жиноятчилар гуруҳини конун –қоидаларга қарши бўлганларга бирлашган гуруҳ сифатида тасвирлайди. Тадқиқотчиларга эргашиб, биз асоциал ёшлар субмаданияти деганда ижтимоий меъёр ва кадрятларни баҳам кўрадиган, ҳукмронлик қиладиган ижтимоий анъаналарга зид келадиган ёшлар бирлигини тушунаемиз. Ғарбий норасмий асоциал йўналишлар бирлашмасига асосан, металлургия хизматчилари, рокерлар, панклар, хиппинлар киради (И.П.Башкатов, И.Я.Полонский). Унга ҳозирда тарихга айланган қадимий субмаданият,яъни айёрога жанглар ва мода ҳам қўшилади. Ҳар қандай субмаданият ўз атрибутларига эга. Тадқиқотчи Карен Хесс асосий атрибутлар орасидан жаргонлар, татуировка, лақабни ажратади. Татуировканинг асосий вазифаси – маълум бир ижтимоий гуруҳга тегишли эканлигини ва социумга тегишли бўлмаганлигини, унинг ҳокимиятидан озод қилинишини англатади. Скинхедлар учун елка ва бошнинг юмшоқ терисига бош мия суяги ёки ўргимчак расми, шунингдек турли зўравонлик белгиларини -татуировка чизиш хосдир. Пирсинг ва чандиқ оғриқ, парчаланиш ва бартараф қилишга қаратилган панк-маданиятга хосдир. Бу лақаб ёшларнинг гуруҳлараро ижтимоий “брендлаш” усули бўлиб, уларга гуруҳ иерархиясида маълум ижтимоий роллин беради. Кўча субмаданиятида лақаблар исён ва ёмонликни билдирувчи “исм,номлар”га айланади, бу ҳайвон номлари билан айтилади (Йўлбарс, Қарға,Кобра, Пантера,Шакал). Лақаб олиш – норасмий жамиятдаги гуруҳга кирган муҳим вақтни билдиради. Бу гуруҳни яққалаштиришнинг бир тури бўлиб, ижтимоий-психологик қиличбозлик усули билан бошқалардан ажратиш, “ўзиники” ва “бегоналар”га бўлиш саналади. А.В.Мудрик таъкидлаганидек, жаргон ҳам шунга ўхшаш вазифани, яъни норасмий бирлашма ичида алоқа учун паролнинг бир тури сифатида ишлатилади. Панклар орасида жаргонлар лексикасини кўриб чиқамиз: хаер –соч турмаги, гиг-концерт, осииш-вақт ўтказиш,хой-салом; скинхедлар учун хос жаргонлар: хардкор бўйича-тўғри, катировать-хурмат қилиш. Қўшимча атрибутлар ҳар хил қасамёдлар ёки граффитлар бўлиши мумкин, яъни кўча субмаданияти ўз худудини ракибларидан ҳимоя қилиб чегараланиши тушунилади. Замонавий ғарбий ёшлар норасмий бирлашмасининг асоциал хулқ атворининг намоён бўлишини кўриб чиқамиз. Энг тажовузкор ёшлар субмаданиятларидан бири скинхедлар субмаданияти ҳисобланади. тасодифан, Стенли Коен ўзининг илмий ишида скинхедлар субмаданиятини “ халқаро ғазабланиш” деб атайди, бу бузук хулқ-атворни намоёиш этади ва ижтимоий “ахлоқий ваҳима”ни келтириб чиқаради. Мазкур субмаданият 60-йиллар охирида Англияда шаклланган.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, асоциал йўналишга эга норасмий ёшлар уюшмалари ҳар қандай жамиятда мавжуд. Ёшларни бу гуруҳларга кириб қолишларининг олдини олиш учун уларнинг бўш вақтларини мазмунли ўтказишга имкон яратиш,бирор бир машғулот билан машғул қилиш биз катталарнинг вазифасидир.

ОИЛАДА БОЛА ТАРБИЯСИ

*Раҳматова З.М., Ахунова М.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Оилада ота-оналар ўзларининг тарбия тизимини тузадилар. Бундай тизим ўз оиласидан олган тажриба, адабиёт маълумотлари ҳамда ҳаётий воқеалар билан бойитилган, ўзгаларнинг тарбия жараёнида кузатишган ва кимлардандир эшитган ўғитлари натижасида шаклланиган ота-оналарнинг шахсий тажрибаларидан келиб чиқади.

Мақсади. Аслида, оилавий тарбиянинг ҳар қандай тизими бу ота-онанинг субъективлигини тушуниш ва уни амалга ошириш ҳисобланади. Кўп жиҳатдан оилада бола тарбия тизими оилада қандай бола тарбиялашда, унга қандай қадриятлар, меъёр ва ахлоқ қоидаларини етказишга боғлиқ. Унинг таъсири остида шахснинг ижтимоийлашуви, унинг шахс сифатида шаклланиши кузатилади. Оила тарбияси –бу ота-она ёки уларнинг ўрнини босадиган шахслар (қариндошлари, васийлари) томонидан амалга ошириладиган болаларни тарбиялаш. Бу асосан оилавий тарбия турига боғлиқ.

Материал ва усуллари Шаклланаётган шахсга таъсир қилувчи оилавий тарбия турлари ажратилади. Улар шахс шаклланишининг қуйидаги турларига бўлинади: а) оиладаги мақомий тарбия: -фуқаролик тарбияси-муайян жамият, ҳаёт фаолияти муҳити, тасдиқланган тамойил, меъёр ва қоидаларга жавоб берадиган фуқарони тарбиялаш; дунёвий тарбия – “дунё талаблари”, ахлоқ-одоб талабларига жавоб бера оладиган тарбия; маргинал (лот. Marginalis-четда жойлашган) тарбия- маданият даражаси бўйича маълум бир жамиятнинг асосий таркибий ижтимоий шакллари, устун бўлган ижтимоий-маданий меъёр ва ахлоқий анъаналар доирасидан ташқарида бўлган шахсни тарбиялаш; б) тарбиянинг ижтимоий мақсади: миллий тарбия –миллий тажриба, анъана, удум маълум бир миллат вакили шахсини шакллантиришга қаратилган тарбия; диний (конфессионал) тарбия – маълум бир диний муҳитда шаклланиган конфессионал таълим ва тажрибага мувофиқ ота-оналар мансуб бўлган дин; интеграл (лот. Integer-бутун) тарбия – миллатлараро тажрибаларга асосланган, умумбашарий характерга эга, қўллаб экологик омиллар остида ривожланиб, авлоддан авлодга ўтадиган тарбия;синфий тарбия –шахсни унинг маълум бир ижтимоий синфга мансублигининг ўзига хослигини ҳисобга олиб тарбиялаш.Бу ўзига хослик ишлаб чиқариш воситалари, меҳнат, одамларга бўлган муносабатлар билан белгиланади; партиявий тарбия –шахсни муайян бир партиявий қарашлар, муносабатларга эга бўлган муҳитда тарбиялаш. Унинг асосида идеология ётади. У аввалги тарбия турларида ҳам иштирок этади. Буларнинг ҳаммаси ота-оналар ва катталарда ижтимоий онгнинг шаклланиган илмий, диний шаклларига боғлиқ; в) шаклланиган шахс хусусиятларига таъсир қилувчи оилавий тарбиянинг характерологик хусусиятлари (усули).

Олинган натижа. Тарбия фаолиятининг услубига боғлиқликда П.Ф. Лесгафт (1837-1909) таъкидлаганидек, оилада шаклланиган вазият бола шахсиятига мос хусусиятлар; иккиюзламачилик, шухратпарастлик, яхши хулқ, юмшоқ, жаҳлдор, жабрланган ҳолатларда бўлишда кузатилади. Оилавий тарбия услуби ота-оналар ва болалар ўртасидаги ўзаро тушунча даражасида, умумий муаммоларни ҳал қилишда иштирок этишда, умумий дунёқарашда бир-бирини бошидан кечираётган туйғуларда намоён бўладиган ўзаро таъсирнинг асосий усулини белгилайди. Улар орасида қуйидаги турлари ажратилади: авторитар (франц. Autoritaire- ҳокимият, бошқарувчи) тарбия – бошқарув (қўпинча бошқалар фикрини тан олмай, тингламай, ўзининг шубҳали ҳокимиятига ишонади) тарбиясидир. Оилада бу қўпинча ота-оналарнинг фарзандларини иложи борида яхшироқ тарбиялаш истаги билан намоён бўлади, аммо бундай қилиб яхшироқ бажаришни билмасликлари мумкин. баъзан бундай тарбия тарбиячи шахсиятининг ўзига хослиги (ҳокимлик ва чегараланганлик)ни акс эттиради; либерал (анархик) (юнонча anarchia –ҳокимиятнинг йўқлиги, анархия) тарбия – шахсни чекланмаган ҳолда, тўлиқ эркинлик асосида тарбиялаш.

Хулоса. Тарбия ҳаммамиз билганимиздек, маълум бир мақсадга йўналтирилган, вақти чегараланмаган, қарама қарши муносабатлар йиғиндиси ҳисобланади. Бола ёшлиқдан оилада тўғри тарбияланса, комил инсон даражасига етади.

НОРАЦИОНАЛ ОҚСИЛЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ АЦИНОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

*Раҳмонов Р.Р., Камолдинова Р.А., Умарова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мақсад: норационал оқсилли овқатланишда меъда ости безида кечаётган морфофункционал ўзгаришларни ўрганиш.

Қириш: организм овқатланишининг меъеридан ортқча бузилиши ундаги аъзо ва тўқималарда морфофункционал ўзгаришларга сабаб бўлади. Бундай ўзгаришлар кўп ҳолатларда озиқ-овқатнинг сифати ва миқдорига етарлича эътибор берилмаслиги натижасида келиб чиқади.

Ишнинг материаллари ва методлари: норационал оқсилли овқатланишда меъда ости безининг экзокрин қисми ацинусларидаги ўзгаришларни ўрганиш мақсадида умумий вазни 140 граммли 100 донна альбинос каламушларда тажриба ўтказилди. Тажриба ҳайвонлари 2 гуруҳга ажратилди, 1- гуруҳ назорат, 2- гуруҳ тажриба гуруҳлари. 1-гуруҳ оддий виварий рациондаги озиқ - овқатлар билан боқилди, 2- гуруҳ ҳайвонларига эса фақат тухум окиси ва сув берилди. Тажриба 30 кун мобайнида ўтказилди.

Белгиланган муддатларда ҳайвонлар жонсизлантирилиб, меъда ости бези макроскопик ўрганилди, кичик кесимлар олиниб, гистопрепарат тайёрланиб, гематоксинин – эозин усулида бўялди. Г.Г.Автандилов морфометрик текшириш усуллари бўйича ёруғлик микроскопи ёрдамида меъда ости безининг ацинуслари текширилди. Олинган натижалар Студент критериялари бўйича статистик қайта ишланди.

Олинган натижалар: тажриба гуруҳидаги ҳайвонларининг меъда ости бези ацинусларидаги ўзгаришлар тажрибанинг 3-кунидан бошлаб ўзгара бошлади. Уларнинг шакли юмалоқ ёки овалсимон шаклдан, чўзинчоқ, ноксимон шаклларга эга бўлди. Уларнинг ўлчами тажриба муддатига параллел равишда катталашди.

Ацинуслар таркибидаги ациноцит хужайралар шакли ва ўлчамлари ацинуслар ўзгаришига тўғри пропорционал ҳолатда ўзгарди. Ациноцит хужайраларнинг баландлиги тажриба якунигача 57% гача катталашди. Ациноцитларнинг гомоген зонаси 66% гача, зимоген зонаси эса 70 % гача катталашганлиги маълум бўлди.

Хулоса: тажрибалар шуни кўрсатдики, норационал оксилли юкламада кунлик озиқ овқатлар таркибидаги оксилларнинг ортиқча миқдорда организмга тушиши, меъда ости безининг ацинар хужайраларида компенсатор мослашув жараёнларининг ривожланишига олиб келиши кузатилди.

МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Сайдуллаев Т., Алиев Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение новых методик воспроизведения атеросклероза на лабораторных животных. Согласно современным представлениям, в основе пато- и морфогенеза атеросклероза лежит воздействие избыточной концентрации холестерина в крови на структурно-функциональные свойства биомембран клеток. Полагают, что именно гиперхолестеринемия качественно изменяет, по сравнению с нормой, процессы взаимодействия с биомембранами клеток (в условиях атеросклероза) липопротеидов крови, важная роль которых в патогенезе атеросклероза твердо установлена. По современным представлениям, «без атерогенных липопротеидов не может быть атеросклероза». А также в патогенезе атеросклероза существенное значение имеет нарушение функций желез внутренней секреции. Исследования роли половых гормонов в генезе нарушений обмена липидов и липопротеидов при развитии атеросклеротического процесса имеют важное значение для объяснения биохимического механизма действия стероидных гормонов на развитие атеросклероза.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проведены на кроликах-самцах с исходной массой тела 2200-3500гр. Экспериментальную гиперхолестеринемия у лабораторных животных вызывали путём ежедневного введения в желудок животных при помощи эластического зонда эмульсии холестерина (х.ч.) в хлопковом масле в течение 30, 60 и 90 суток из расчёта 0,3 гр на 1кг массы тела. Гипотиреоз вызывали двумя путями:

1.Ежедневным добавлением к корму 1-метил-2-меркаптоимидазола (мерказолил, метимазол) из расчёта 10 мг на 1 кг массы тела в течение 30 дней. Для получения гипотиреоза на фоне гиперхолестеринемии животным в течение 30 дней ежедневно вводили эмульсию холестерина, а затем мерказолил.

2. Также гипотиреоз вызывали путём тотальной тиреоидэктомии, которую проводили под внутренним гексанальным наркозом. В последующем лабораторным животным вводили в желудок при помощи эластического зонда эмульсии холестерина (х.ч.) в хлопковом масле в течение 30, 60 и 90 суток из расчёта 0,3 гр на 1кг массы тела.

Вывод. Таким образом, атеросклероз вызывали двумя экспериментальными методами, но первый из них дал положительные результаты.

ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АТЕРОСКЛЕРОЗ

Сайдуллаев Т., Алиев Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В патогенезе атеросклероза существенное значение имеет нарушение функций желез внутренней секреции. Исследования роли половых гормонов в генезе нарушений обмена липидов и липопротеидов при развитии атеросклеротического процесса имеет важное значение для объяснения биохимического механизма действия стероидных гормонов на развитие атеросклероза.

Особое внимание многих авторов на протяжении долгих лет привлекает вопрос о значении функций щитовидной железы при атеросклерозе. К настоящему времени обширную информацию по этому вопросу, что гипотиреоидные состояния в общем способствуют формированию атеросклеротических изменений в тканях, тогда как гипертиреоидные состояния оказывают противоположное воздействие.

Для подтверждения возникновения дисфункций щитовидной железы у наших экспериментальных животных, мы надеялись получить путем сопоставления содержания холестерина, триглицеридов, бета-липопротеидов в сыворотке крови эутиреоидных кроликов и кроликов, у которых вызывали гипер – или гипофункцию щитовидной железы различными способами.

При экспериментальном гипотиреозе мы отмечали статистически достоверное снижение содержания холестерина и бета-липопротеидов (но не триглицеридов) в сыворотке крови. При гипертиреозе на фоне экспериментального атеросклероза прирост содержания холестерина и бета-липопротеидов (но не триглицеридов) в сыворотке крови был выражен в статистически достоверно ($P \leq 0,05$) меньшей мере, чем при экспериментальном атеросклерозе, развивавшемся в условиях нормального функционирования щитовидной железы. Так, если обычно на 30-й день развития гиперхолестеринемии содержание бета-липопротеидов в сыворотке крови кроликов было равно $685,0 \pm 76,7$ мг%, то в условиях гипертиреоза содержание бета-липопротеидов в сыворотке крови было статистически достоверно ($P \leq 0,05$) меньше, а именно составляло в среднем $482,0 \pm 30,9$ мг%.

При гипотиреозе мы отмечали статистически достоверное повышение содержания в сыворотке крови кроликов холестерина, триглицеридов и бета-липопротеидов, т.е. явление во многом противоположные тем, которые были обнаружены в условиях гипертиреоза. Сочетанное воздействие гипотиреоза и гиперхолестеринемии приводило к еще более отчетливо выраженным, особенно в отношении бета-липопротеидов и холестерина, нарушениям метаболизма липидов. Так, если обычно на 30-й день развития экспериментального атеросклероза содержание холестерина в сыворотке

крови кроликов было равно в среднем $387,0 \pm 42,0 \text{ мг\%}$, то на фоне гипотиреоза эта величина была статистически достоверно ($P \leq 0,05$) больше и составляло в среднем $526,0 \pm 60,0 \text{ мг\%}$.

Таким образом, при экспериментальном атеросклерозе у кроликов, причем гипертиреоз препятствовал развитию признаков атеросклероза, а гипотиреоз наоборот, способствовал их развитию.

ОЛИЙ ТАЪЛИМДА ТИББИЙ БИОЛОГИК ФАНЛАРНИ МОДУЛЛИ ЎҚИТИШ ТАЖРИБАСИДАН

*Сайдуллаев Т., Рахмонов Р., Умарова Н.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги кунда тиббиёт соҳасининг мақсади юқори малакали етук мутахассисларга бўлган эҳтиёжни қондира оладиган, замонавий билим, малака ва амалий кўникмаларга эга бўлган илмий салоҳиятли педогогик кадрларни таёрлашдан иборат.

Олий таълимда тиббий биологик фан ўқитувчилари ўзининг амалий ва илмий фаолиятларида, замонавий фан ютуқларига асосланган усуллар ёрдамида хужайра ва унинг субмикроскопик тузилишини молекуляр-генетик даражада, ген инженерияси, биотехнология усулларини қўлланиши, органлар тизими эволюцияси, эмбрионал ривожланиш, одамларда учрайдиган ирсий касалликлар, уларнинг келиб чиқиши ва даволаш усулларини мукамал ўрганишни мақсад қилади.

Модулнинг асосий вазифаси тиббиётда педагог кадрларнинг касбий билим, кўникма, малакаларини узлуксиз янгилаш ва ривожлантириш;

- замонавий талабларга мос ҳолда олий таълим сифатини таъминлаш учун зарур бўлган педагогларнинг касбий компетентлик даражасини ошириш;
- педагог кадрлар томонидан замонавий ахборот коммуникация технологиялари ва хорижий тилларни самарали ўзлаштирилишини таъминлаш, новаторлик фаолиятини шакллантириш;
- махсус фанлар бўйича ўқитишнинг инновацион технологиялари ва илғор хорижий тажрибаларни ўзлаштириш;
- тиббиёт йўналишида ўқув жараёнини фан ва ишлаб чиқариш билан самарали интеграциясини таъминлашга қаратилган фаолиятни ташкил этиш;
- олий таълим тизимини модернизация қилиш, яъни янгиланган замонавий, тезкор ўсиб бораётган жараёнларни қўллашдан иборат.

Таълим олувчиларнинг билиш фаоллигини ошириш ва мустақил таълимни ташкил этиш асосидаги инновацион таълим технологиялари; амалий интерфаол таълим усуллари модулли тизим, мақсадли ўқитиш, маҳорат дарслари, ассисмент усулларидан ўқув-тарбия жараёнида фойдаланиш. Ўқув лойиҳаларини ишлаб чиқиш, портфолиоларини шакллантириш ва амалиётга тадбиқ этиш.

Таълим сифатининг самарадорлиги педагогнинг психологик, методик информацион, креатив, инновацион ва шахсий компетентлигига боғлиқ.

Компетентлик- “лотинча”- фаолият талабларига мос келиш, яроқлилик, лаёқатлилик маъноларини билдиради. Педагогнинг таълим жараёнида мулоқот услубларини тўғри танлаш ва улардан самарали фойдаланиш, яъни педогогик деонтология, нутқ техникаси ва маданияти, аудиторияда шахслараро муносабатлари, педогогик низоларни самарали ҳал этиш йўллари замонавий педагогнинг асосий вазифаси бўлмоғи зарур.

ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДА ИННАВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Сайдуллаев Т.С.

Биз биламизки мустақилликнинг дастлабки кунларидан бошлаб таълим тизимини ривожлантириш давлат сиёсатинингустувор йўналиши сифатида эътироф этилган. Ўқув –тарбия жараёнларини илмий ва методик мукамал ташкил этиш муваффақиятлар гаровидир.

Бунда барча машғулотлар ва мустақил топшириқлар талабаларни ўйлашга, ижодий меҳнат қилишга, ҳар томонлама фикр юритишга, берилган топшириқларни ўз ҳаётий тажрибаларига асосланиб ҳал этишга ўртанади. “Кадрлар тайёрлаш миллий дастури” талабаларни амалга оширишдаги асосий тамойиллардан бири бу таълим тизимини тубдан ислоҳ қилиш учун ўқитувчи ва мураббийларни қайта тайёрлаш, юқори малакали, рақобатга қодир мутахассислар тайёрлаш бўйича Олий таълим муассасаларининг фаолиятини уйғунлаштириш, илғор педагогик технологияларни, инновацияларни таълим жараёнига жорий этиш ҳисобланади. Аммо илғор педагогик технологиялар ва инновациялар ўз-ўзидан таълим тизимига кириб келмайди. Бу ўқитувчи фаолияти ва мотивациясига боғлиқ жараён эканлиги шубҳасиз. Академик А.Н. Леонтьев “Дунёни идрок қилишнинг биринчи шартини фаолият, иккинчи шартини –тарбиядир. Фаолият жараёнида кишиларнинг қобилияти, билим ва малакалари шаклланади, демек фаолият – ижтимоий ҳодиса бўлиб, ҳаётий курашнинг асосий шартидир” деб таъкидлайди. Бугунги кунда педагогика соҳасида янги илмий йўналиш ўқитувчининг педагогик инновацион фаолияти тушунчаси пайдо бўлди. Айни вақтда “инновация” лотин тилидан таржима қилинганда “янги” эмас, балки “янгилик сари” маъносини англатади. Инновациянинг мақсади сарфланган маблағ ёки кучдан энг юқори натижа олишдан иборат. Олий таълим муассасаларида дарс жараёнида инновациянинг қўлланиши, унинг ахборот коммуникация технологиялари билан бирга олиб борилиши таълим тизимининг ривожланиши, йўналишлари, асослари, бошқариш таркиби ва хусусиятлари, шунингдек стандартларини ўрганиш имкониятини беради.

Ҳозирги глобаллашув даврида ахборот – коммуникация технологияларидан ва замонавий педагогик усуллардан фойдаланган ҳолда таълим сифатини ва самарадорлигини ошириш мумкин. “инновацион фаолият- бу янги ижтимоий талаблар билан анъанавий меъёрларнинг мос келмаслиги ёхуд амалиётнинг янги шаклланаётган

меъёрларнинг мавжуд меъёр билан тўқнашуви натижасида вужудга келган мажмуали муаммоларни ечишга қаратилган фаолиятidir”- деб таъкидлайди В.И.Слободчиков.

FEATURES OF NUTRITION AND HYGIENE OF THE ORAL CAVITY UNDER CONDITIONS OF SELF-INSULATION

Salakhov A.K.¹, Sorokina A.A.², Ksembaev S.S.¹, Losev F.F.²

¹ Kazan State Medical University, Russia

² National Medical Research Center of Dentistry and Maxillofacial surgery, Moscow, Russia

Relevance. There are certain factors that contribute to the spread of dental diseases, the identification and study of which is carried out by scientists around the world. One of the leading factors is the microflora of the oral cavity. Many studies have noted that bacterial plaque is the most important etiological factor in the development of dental caries and gingivitis. A significant role in shaping of the dental health of the population is nutrition.

In conditions of self-isolation, the conditions of personal oral hygiene are changing in the population; there is no proper control over prophylaxis of the dental diseases. A visit to the dentist for professional brushing is difficult. Quarantine conditions also lead to a violation of the consumption of the traditional assortment of food products, the variety of which is provided by visiting restaurants, cafes, as well as the purchase of fresh vegetables and fruits at grocery stores and markets. The population is forced to eat without leaving home, buying in advance in stores long-storage products - canned food, cereals, flour, sugar. As a result, the people are massively cooked - mainly cereals, bakery and pasta, potato dishes. That is, food with easily fermentable carbohydrates becomes the main one in the diet. Thus, the plan for the prevention of dental caries and periodontal diseases, planned by the dentist after the initial examination is violated.

Purpose: to study changes in the nature of nutrition and oral hygiene of the adult population in a self-isolation regime.

Materials and research methods. For the period from mid-September 2019 to mid-November 2019, a survey of 246 people was questioned: 114 men (46,34%), 132 women (53,66%) aged 18-54 years. Then from late April to the first decade of May 2020 (a month after the introduction of the self-isolation regime) - 63 people: 15 men (23,81%), 48 women (76,19%) aged 18-57 years. We used 11 points from our previously created author's questionnaire, covering nutrition and oral hygiene.

The results of the study. Before the introduction of the self-isolation regime - preferences: balanced, including meat, vegetables, fruits - 201 people (81,71%); flour, sweet food in combination with other products - 168 people (68,29%). Frequency of brushing: 2-3 times a day - 234 people (95,12%); less than one time per day - 3 people (1,22%), more than three times - nine people (3,66%). Duration of brushing: 2-3 minutes - 201 people (81,70%), 1 minute or less - 45 people (18,30%).

139 people used therapeutic and prophylactic toothpastes (56,5%), hygienic - 107 people (43,5%).

In one month after the introduction of the self-isolation regime - preferences: balanced, including meat dishes - 39 people (61,90%); flour, sweet food in combination with other products - 63 people (100%). Most respondents indicated that they brush their teeth less often and do not use additional hygiene products. The frequency of brushing was 1-2 times a day 51 people (80,95%), 3 times a day - 12 people (19,05%). Duration of brushing: 2-3 minutes 48 people (76,19%), less than 1 min. - 15 people (23,81%). All respondents used toothpastes from Colgate, Paradontax. Additionally, only 3 people use the mouthwash (4,76%).

Research results. 1. The results of the research showed that 81,7% of the respondents before the regime of self-isolation preferred a balanced diet, including meat, vegetables, fruits, but flour, sweet food in combination with other products amounted to a significant proportion - 68,29%. The main part of the respondents (95,12%) brushed their teeth 2-3 times a day with a brushing duration of 2-3 minutes (81,70%).

2. In one month after the introduction of the self-isolation regime, only 61,90% of respondents preserved meat dishes in the diet, and sweet and flour foods constituted the main diet in 100% of the respondents. Teeth brushing 1-2 times a day with a duration of 2-3 minutes was carried out by 80,95% of the respondents (76,19%).

3. Under conditions of self-isolation in the adult population, there are tendencies towards a deterioration in the diet with a predominance of food rich in easily fermentable carbohydrates. At the same time, the regime of oral hygiene also changes - respondents brush their teeth less often and practically do not use additional hygiene products.

The authors declare no conflict of interest.

ЯНГИ СУҒОРИЛАДИГАН ЕРЛАРДА ТАШКИЛ ЭТИЛГАН КОЛХОЗ ВА СОВХОЗЛАРГА АҲОЛИНИНГ КЎЧИРИЛИШИ (XX АСРНИНГ 50-60 ЙИЛЛАРИ)

Саттаров Акрам Мадаминович
Андижон давлат тиббиёт институти

1954-1958 йилларда Ўзбекистон ССРда янги суғориладиган ерларни ўзлаштириш учун республика ичкарасидаги колхозларга аҳолини кўчириш учун узоқ муддатли режа ишлаб чиқилади. Бундан ташқари Ўзбекистон ССР Министрлар Советининг ва Ўзбекистон Компартияси Марказий Қўмитасининг 1953 йил 20 октябрдаги 1763-сонли “Ўзбекистон ССРда сув хўжалигини янада ривожлантириш ва суғориладиган ерларни кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” ги қарори мувофиқ 1953-1958 йилларда 600 минг гектар суғориладиган ерларни фойдаланишга топширилиши кўзда тулади. Шу жумладан 313 минг гектар янги суғориш учун ўзлаштирилган ерларнинг фойдаланишга топширилиши қуйидаги йилларга тақсимланади. 1953 йилда 90 минг гектар, 1954 йилда 85 минг гектар, 1955 йилда 80 минг гектар, 1956-1958 йилларда эса 345 минг гектар суғориладиган ер ўлаштирилиши режалаштирилган. Кўрсатиб ўтилган 600 минг гектар ерни янги суғориш учун кишлоқ хўжалиги ерига айлантириш режалаштирилган. Колхоз ва совхозларнинг мавжуд ерларига қўшимча 400 минг гектар майдон ўзлаштирилса, 200 минг гектар майдонни эса шу ерларга аҳолини кўчириш режалаштирилган колхозлар ҳисобига тўғри келган. 200 минг гектар янги ерларнинг ўзлаштирилишини таъминлаш учун, ҳар бир оилага 5 гектар ердан келиб чиққан ҳолда, колхозчилар оилаларининг сонини бошқа жойга кўчириш

режалаштирилган. Масалан 1954-1958 йилларда Фарғона вилоятдан 3150 оила, Наманган вилоятдан 2300 оила, Андижон вилоятдан 3900 оила, Республика бўйича 40000 оила янги суғориладиган ерларга ўзлаштириш учун аҳолининг кўчирилиши режалаштирилган. Узоқ муддатли кўчириш режасини тайёрлашда Вилоятлар минтақасида меҳнат ресурсларини аниқлаш учун 1958 йил учун республика колхозларида истикболли меҳнат баланси ишлаб чиқилган. Шу билан бирга, 1958 йилда суғориладиган ерларда экин майдонларини экиш режаси ҳисобга олинган. 1958 йилга мўлжалланган экин майдонларининг режаси 1952 йилдаги ҳақиқий экин майдонини ва 1954-1958 йилларда суғорилиши ва ишлаб чиқилиши керак бўлган ер майдонини 600 минг гектарга тўплаш орқали аниқланди. Ёмғирли ерларда экин майдонларини экиш режасининг маълумотлари 1954 йил даражасида сақланиб қолди, бу майдонлар ўзгармаслиги белгиланди. Суғориладиган ерларда битта меҳнатга лаёқатли кишининг қишлоқ хўжалигидаги меҳнатининг ҳиссаси 1954 йилга нисбатан 15 фоизга ўсди, республика ва минтақаларда ўртача 2,25 га га кўтарилди. Чорвачиликнинг меҳнат харажатлари 1958 йилда республикада 1954 йил билан таққослаганда 60 минг кишига кўпайди, бу чорвачиликни янада ривожлантириш ва чорва молларини кўпайтиришни ҳисобга олишни тақозо этди. Колхозларда маъмурий ва бошқарув ходимларининг сони 1954 йил 1 январда ушбу ходимларнинг мавжудлиги даражасида қолдирилди. Бошқа ишларда 1958 йил учун меҳнатга бўлган эҳтиёж умумий талабнинг 2% миқдорида кўрсатилган. Меҳнат баланси меҳнатга лаёқатли колхозлар аҳолиси сонининг йилига 2% миқдорида ўсишини ҳисобга олади. Ҳисоб-китоблар натижасида 1959 йилдаги меҳнат баланси кўрсаткичлари Фарғона водийсида қуйидагича келтирилган. Фарғонада 154 минг киши, Наманганда 102 минг киши, Андижонда 134 минг 300 киши меҳнат талаб қилади. Шулардан қобилиятлилари Фарғонада 211 минг 800 киши, Наманганда 127 минг 200 киши, Андижонда 183 минг 800 киши ва ортиқча ишга яроқлиси Фарғонада 57 минг 800 киши, Наманганда 25 минг 200 киши, Андижонда 52 минг 400 кишини ташкил қилади. Меҳнатга яроқли кишиларнинг етишмаслиги Тошкент вилоятида 58 минг 100 кишини ташкил этган. Шу сабабли Фарғона водийси аҳолисининг Тошкент вилояти таркибига кирувчи Мирзачўл худудига аҳолини кўчириш жараёни жадаллаштирилган. Юқоридаги маълумотлар шуни кўрсатадики, 1959 йил 1 январда республиканинг кўпгина минтақаларида меҳнатга лаёқатли кишиларнинг ортиқча даромадлари бўлади.

ТАСАВВУФ ИЛМИГА ОИД ЯНГИ БИР РИСОЛА

*Азимов Ашурали Меҳмонбоевич
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мустақилликдан кейин ижтимоий ҳаётнинг барча соҳаларида, жумладан, маънавият соҳасида ҳам улкан ўзгаришлар рўй берди. Маънавий меъросимиз чуқур ўрганила бошланди, маънавиятга оид янгидан янги асарлар ярата бошланди. Ўзбекистон республикасининг биринчи президенти И.А.Каримов шундай деган эди: “Бизнинг қадимий ва гўзал диёримиз фақат Шарқ, балки жаҳон цивилизацияси бешиқларидан бири бўлганини халқаро жамоатчилик тан олмоқда ва эътироф этмоқда. Бу табаррук заминдан не-не буюк зотлар, олим-уламолар, сиёсатчи ва саркардалар етишиб чиққани, умумбашарий цивилизация ва маданиятнинг узвий қисмига айланиб кетган дунёвий ва диний илмларнинг, айниқса ислом дини билан боғлиқ билимларнинг тарихан энг юқори босқичига кўтарилишида она юртимизда туғилиб камолга етган улуг алломаларнинг хизматлари бекиёс экани бизга улкан ғурур ва ифтихор бағишлайди”.

Халқимизнинг бой илмий маънавий меросида ўта муҳим ўрин тутувчи тасаввуф таълимоти давр ва қитъалар оша инсониятнинг эзгулик, ҳалолик, покликка даъват этиб келаётган ҳаётбахш ғояларни ўзида мужассамлаштиргани билан алоҳида эътиборга молик масаладир. Шу даврга қадар бу таълимотнинг айрим қирраларини тадқиқотчилар маълум даражада ёритганликларини асослаб берувчи қатор маълумотлар мавжуд.

Аммо тасаввуф таълимоти алломаларининг, кўплаб намоёндаларнинг қарашларини синтезлашган ҳолда акс эттирилган тадқиқотлар етишмас эди. Ана шу муаммони ўз вақтида ҳал этишга қаратилган асарлардан бири - классик адабиётимизни чуқур ўрганишда фидойилик наъмуналари кўрсатаётган ажойиб олим, филология фанлари доктори, профессор Хамиджон Хомидийнинг “Тасаввуф алломалари” (Т. Шарқ-2004 йил) номли асаридир. Шуниси эътиборга сазоворки, асарда берилган далиллар XXI асрга келиб ҳам, ўз долзарблигини тўла сақлаб келаётганлиги билан характерлидир. Фикримиз исботи сифатида республикада фаолият қилаётган йирик тасаввуфшунос олим, профессор Нажмиддин Комиловнинг рисолага масъул муҳаррирлик қилиб, уни таҳрир этганлиги ҳамда “Машойихлар тазкираси” номли муқаддима ёзганлиги ҳам асарга ўзига хос салоҳият бағишлаган.

Маълумки, тасаввуфшунослигимизда тадқиқотлар талқинига бағишланган тадқиқотлар айтарли даражада мавжуд эмасдир. Шунинг учун ҳам рисолада энг кўп тарқалган тасаввуф тариқатлари хусусида лўнда маълумотт ўғдиради. Асар унда Абулхасан Абулхайр каби буюк машойихнинг ҳаёт йўли ва ижодий мероси бизда илк бор таҳлил этилганлиги билан эътиборга лойиқдир. Асарнинг ҳақиқат, қаромат, ҳикоят ва ҳикмат шаклида битилганлиги, унинг илмий, бадий жихатдан ўқишли бўлишини таъминлаган.

Асарда илмий асослаб берилган айрим қарашлар эътиборни жалб этади. Маълумки, XXI аср глобал муаммолари ичида халқаро терроризм хавфи ўта хатарли масалалардан биридир. Асарнинг 7-бетида тасаввуф таълимотида илгари сурилган мўминларнинг ўзаро адоватда бўлиши, мазҳаблараро, низолар қораланди ва бу фикрлар ҳозир ҳам долзарбдир. Рисоланинг 21- бетида тасаввуф таълимотининг йирик намоёндаларидан бири бўлган Иброҳим Адхам ҳақида, у ҳалоли - пок ўз қўл кучи билан яшаш, кишилардан назр - ниёз, инъом-эхсонни олмаслик тарафдори эди деб келтирилади. Хулоса қилиб айтганда, рисоладаги илгари сурилган ғоялар ижтимоий-гуманитар фанларда ҳозирда тўла ишлаб чиқилмаган, қолмил инсон концепциясини асослаш йўлидаги йирик қадамлардан бири дейиш мумкин. Муаллиф тасаввуф алломаларининг турли даврлардаги кўплаб намоёндалари ҳақида қимматли фикрлар баён этар экан, фикрнинг мантикий изчиллигига риоя қилади, бу эса ўқувчининг ўзига ром этибгина қолмай, ҳаёт учун ўта муҳим бўлган мустақил хулосалар чиқариб олишга ёрдам беради. Агар ёшларимизни меҳнатсеварликка, ҳалол-покликка, ватанпарварликка, мардликка, бир сўзликка руҳида тарбиялашга қаратилаган йирик илмий иш сифатида баҳолайди.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ ИНФЕКЦИИ СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ

Даминова М.Н., Расулова З.Д., Абдуллаева О.И., Каримова З.К., Ибрагимова Х.Н.
ТашПМИ

ВИЧ и туберкулёз - это две взаимосвязанные эпидемии, являющиеся ведущими инфекционными причинами смертности во всём мире. При этом ВИЧ-инфекция является мощным фактором риска развития активного туберкулёза. Ежегодная вероятность развития туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией составляет около 10%, в то время как у неинфицированных ВИЧ эта вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни.

Цель работы - изучить особенности ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое обследование ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом 57 детей от 3-х до 14 лет, на базе Республиканского Специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии. Контрольную группу (n=17) составят ВИЧ инфицированные дети без туберкулёза. Изучали общий анализа крови, кала, мочи, уровень CD4 клеток. Рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 57 детей для изучения особенностей ВИЧ инфекции сочетанной с туберкулёзом, в возрасте от 4 лет до 15 лет, которые находились на учёте в НИИ Вирусологии МЗ РУз.. Мальчиков отмечалось 25(43,86%) и девочек 32(56,14%). По возрасту дети распределились следующим образом: от 4 лет до 6 лет – 34(59,65%) детей, от 6 лет до 10 лет – 13(22,81%) и от 10 до 15 лет – 10(17,55%) детей. Группу сравнения составили 23 детей ВИЧ - инфицированных детей без туберкулёза, того же возраста. По возрасту дети распределились следующим образом: от 4 лет до 6 лет – 13(56,52%) детей, от 6 лет до 10 лет – 6(26,09%) и от 10 до 15 лет – 4(17,39%) детей. Результаты повторных обследований на ВИЧ были у них отрицательными.

У больных ВИЧ инфекции сочетанной с туберкулёзом (n=57) и больных ВИЧ-инфекцией без туберкулёза (n=23) был проведен сравнительный анализ клинико-гематологических и иммунологических показателей. Полученные данные свидетельствовали о значительном утяжелении клинической картины заболевания при сочетанной инфекции. Так, инфекционно-токсический синдром на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, наблюдался в основном при сочетанной патологии (таблица 1.1.). В субклинической стадии ВИЧ-инфекции (III стадия) при сочетанном варианте течения болезни инфекционно-токсический синдром наблюдался у 9(15,79%) больных при незначительных его проявлениях у пациентов той же стадией ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 1(4,35%)(p<0,001). Постепенный переход ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулёзом в стадию вторичных заболеваний, сопровождался развитием инфекционно-токсического синдрома у 13,6% больных в IVБ стадию и доходил до 40,9% в IVB стадию заболевания. Течение заболевания утяжелялось прежде всего за счет утяжеления течения и частой генерализации туберкулезного поражения легких. Течение заболевания утяжелялось и у детей без туберкулёза, прежде всего за счет утяжеления течения и частой генерализации туберкулезного поражения легких; сопровождался развитием инфекционно-токсического синдрома у 33,3% больных в IVБ стадии заболевания.

Одновременно с инфекционно-токсическим встречался и астеновегетативный синдром 31(54,39%), частота встречаемости которого превышала первый. Этот синдром находился в тесной связи с развитием туберкулезного процесса. При ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 18(78,26%)(p<0,001). У больных ВИЧ инфекция сочетанной с туберкулёзом в стадии III признаки астеновегетативного синдрома встречались у 7(36,8%), а при ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 15(88,2%) (p<0,001). Уже со стадии IVA признаки астеновегетативного синдрома встречались у 6(54,5%), сочетанно-инфицированных больных. При ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 1(50%) (p<0,001). У больных ВИЧ инфекция сочетанная с туберкулёзом в стадии IVB признаки астеновегетативного синдрома встречались у 16(72,7%), а при ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 1(33,3%) (p<0,001). У больных ВИЧ-моноинфекцией проявления астено-вегетативного синдрома достигали 73,91% от числа пациентов только в IVБ стадию ВИЧ-инфекции. На стадии IVB астеновегетативный синдром достигал 100%. У больных ВИЧ инфекция сочетанная с туберкулёзом одновременно с инфекционно-токсическим 9(15,79%) встречался и астеновегетативный синдром 31(54,39%), частота встречаемости которого превышала первый, а так же бронхолегочный синдром 17(29,83%). При ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза инфекционно-токсический синдром 1(4,35%)(p<0,001), астеновегетативный синдром 18(78,26%)(p<0,001) и бронхолегочный синдром 4(17,39%)(p<0,001). В тесной связи с первыми двумя синдромами формировался бронхолегочный синдром. Как показали исследования, его выраженность зависела от степени тяжести поражения легких. У больных ВИЧ инфекция сочетанной с туберкулёзом в стадии III признаки бронхолегочного синдрома встречались у 9(47,4%), а при ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 2 (11,76%) (p<0,001). У больных сочетанной инфекцией частота бронхолегочного синдрома составляла 4(36,4%) уже на IVA стадии ВИЧ-инфекции. В группе больных ВИЧ-инфекцией без туберкулёза, бронхолегочный синдром отмечался значительно реже 1(50%) (p<0,001). У больных ВИЧ инфекция сочетанная с туберкулёзом в стадии IVB признаки бронхолегочного синдрома встречались у 3(13,6%), а при ВИЧ-инфекции без наличия туберкулёза 1(33,3%) (p<0,001).

Для ВИЧ инфекция сочетанной с туберкулёзом были характерны более выраженные проявления потери массы тела (с переходом в кахексию в стадии вторичных заболеваний), которые наблюдались более чем у 81,82% пациентов из наблюдаемой группы начиная с IVA стадии ВИЧ-инфекции. Как и у выше рассмотренных показателей разница по динамике потери веса постепенно сравнивалась в обеих группах к IVB стадии ВИЧ-инфекции 100% (p<0,001). Лимфаденопатия 49(85,97%), 15(65,22%)(p<0,001), гепатомегалия 54(94,74%), 21(91,3%)(p<0,001) и потеря веса 46(80,71%), 11(47,83%)(p<0,001) являлись типичными клиническими признаками, встречающимися в обеих группах больных, однако частота их развития была достоверно выше у больных при сочетанном течении заболевания. Прогрессирование ВИЧ-инфекции сопровождалось постепенным выравниванием частоты их встречаемости в наблюдаемых группах больных. Значительно реже в обеих группах отмечалось поражение кожи и слизистых.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ динамики сочетанной патологии и моноинфекции ВИЧ указал на более быстрое прогрессирование заболевания у больных с сочетанным инфицированием, прежде всего за счет утяжеления течения и частой генерализации туберкулезного поражения легких; при этом в IVB стадии ВИЧ-инфекции процент больных с признаками инфекционно-токсического синдрома достигал 100%. Результаты исследования показали,

что одновременно с инфекционно-токсическим синдромом на стадии IVB встречался астеновегетативный синдром, который достигал 100%, и находился в тесной связи с развитием туберкулезного процесса.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТРОВКОВОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС С ВОЗРАСТОМ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ДИАБЕТОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Ключева Ю.Н.¹, Данилова И.Г.^{1,2}, Емельянов В.В.¹, Гетте И.Ф.^{1,2}, Трофимова Е.А.¹

¹ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Екатеринбург, Россия

²ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии УрО РАН», Екатеринбург, Россия

У животных в условиях физиологического старения отмечается повышение концентрации глюкозы и гликированного гемоглобина в крови, что связано с повреждениями островкового аппарата поджелудочной железы и снижением количества и функциональной активности β -клеток. Формирование алloxанового диабета у старых крыс характеризуется значительным снижением общего количества островков Лангерганса, увеличением размеров сохранившихся островков и резким уменьшением числа функционально активных эндокриноцитов. Введение липоевой кислоты частично корригировало морфофункциональное состояние островков Лангерганса и биохимические показатели периферической крови животных.

Цель исследования: оценить биохимические показатели повреждения островкового аппарата поджелудочной железы (ПЖ) крыс разных возрастов при алloxановом диабете разной выраженности диабетогенного воздействия

Материалы и методы исследования. Эксперимент проведен на 60 крысах-самцах (потомки линии Вистар). Животные были разделены по 10 особей на группы по возрастам и воздействию: 1. 6 месяцев интактные, 2. 18 месяцев интактные, 3. 18 месяцев с алloxановым диабетом (доза алloxана 17 мг /100 г массы тела, внутривентриально) – СД17, 4. 18 месяцев с алloxановым диабетом (30 мг/100 г) – СД30, 5. 18 месяцев СД17 и коррекцией альфа-липоевой кислотой (доза 4 мг/100 г массы тела, внутримышечно) – СД17+АЛК, 6. 18 месяцев – СД30+АЛК. При сравнении количественных показателей использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, критерий Краскела-Уоллеса, отличия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Из анализа полученных данных следует, что концентрация глюкозы в крови увеличивается на 63% у 18-месячных животных по сравнению с молодыми. Уровень HbA_{1c} не изменяется у группы 2 по сравнению с группой 1, тогда как концентрация фруктозамина крови, отражающая степень гликемии на краткосрочный период возрастает на 22% у более старых животных. С увеличением возраста у животных развивалось состояние оксидативного стресса. Так, концентрация вторичного продукта перекисного окисления липидов МДА в группе 2 увеличивалась на 33% по сравнению с группой 1. Следует отметить, что с возрастом отмечались компенсаторные реакции со стороны ферментативного звена антиоксидантной защиты: активность каталазы крови на 64% превышала значения, характерные для молодых крыс

Таким образом, мы наблюдаем утрату нативной структуры островков у старых животных, характерную для молодых животных

Введение липоевой кислоты корригировало процессы повреждения в группе СД17+АЛК, у животных снижался уровень глюкозы до 10 ммоль/л, а уровень гликированного гемоглобина до 5,7%. В группе СД30+АЛК значимых изменений не наблюдалось при введении АЛК. Аналогичным образом изменялся и уровень фруктозамина

Выводы

1. Для крыс характерны формирование к возрасту 18 мес. гипергликемии, накопление гликированных белков крови и оксидативный стресс.
2. Развитие алloxанового СД у старых крыс усугубляет возрастзависимые биохимические нарушения, характеризуется грубым повреждением морфологической структуры островков Лангерганса поджелудочной железы и снижением функциональной активности инсулин-позитивных клеток.
3. Введение ЛК старым крысам с алloxановым СД существенно снижает выраженность структурных нарушений островков Лангерганса поджелудочной железы, улучшает функциональную активность инсулин-позитивных клеток, что приводит к существенному снижению гипергликемии, накопления гликированных белков крови и оксидативного стресса.

МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ МАҚСАДИ, МУАММОЛАРИ

Тияходжаева Гулбахор Ботировна
Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Масофавий таълим компьютер ва телекоммуникацион технологиялари орқали ўқитувчи ҳамда талабанинг турли макон ва вақтларда масофадан туриб мулоқоти ҳисобига амалга оширилувчи таълимдир. Ушбу таълимнинг асосий мақсади талабанинг ахборот ва ўқув ресурсларини қабул қилиш имкониятларини кенгайтиришдир. Ҳозирги кунда масофавий таълимнинг бир неча хил йўналишлари мавжуд:

Экстернат;

Олий ўқув юрти таълими;

Бир қанча ўқув муассасалари ҳамкорлигида ташкилланган таълим;

Малака оширишга йўналтирилган таълим;

Норасмий турли хил йўналишлардаги мультимедияли намоишларга асосланган таълим;

Масофавий таълим орқали таълим олувчиларни ундан фойдаланишга ўргатувчи соҳа вакиллари мавжуд бўлиб, “тьютор”лар деб номлангандир. Тьюторлар тизимдан фойдаланиш қондаларини ўргатувчи ва назорат қилувчилардир. Бу

мутахассислар компьютер тизимида ишлашни назорат қилувчи операторлардир. Аммо масофавий таълимда фан ёки йўналиш мутахассисининг ўзига бундай назоратни тўғри олиб бора олади. Шунинг учун алоҳида таъкидлаш лозимки, тьютор сифатида фан ўқитувчисининг ўзи фаолият олиб борса мақсадга мувофиқ бўларди. Олий таълим талабаси фан ўқитувчиси – тьютор томонидан ўтказиладиган даврий равишда амалга ошириладиган маслаҳатларда иштирок этиши керак. Бу борада масофавий таълимнинг афзаллиги шундаки талаба ҳам фанни ўрганади, ҳам замон талаби бўлган ахборот коммуникацион тизим имкониятларини қўллаб билиш кўникмасига эга бўлади. Масофавий таълим орқали ўқиш оператив ва одил баҳолаш имконини беради. Ўқитувчи фаолияти режали ва самарали бўлишига замин яратилади. Ҳозирги кундаги долзарб масалалардан бири масофавий тиббий таълимни ташкиллашдир. Бу муаммони ҳал қилишда аввало мутахассис таъминоти юқори бўлиши зарур. Юқорида таъкидланганидек мутахассис бу нафақат тиббий фан ўқитувчиси балки, прогаммаловчи ўқитувчидир. Кўп йиллик фаолиятига ва талабалар психологияси ва педагогика йўналишларидан келиб чиқиб, ўқитувчи мутахассиснинг масофавий таълим ресурсларини ишлаб чиқиши тўғри самара беради. Барчага маълумки, тиббий таълим назария ва амалиёт уйғунлигини тўғри мутаносибликда олиб борилиши натижасидагина амалга ошириш имконини беради. Демак, ўқитувчи мутахассис назарий билимни бериш учун таълим ресурсларини яратар экан, анимация орқали амалий кўникмаларни ҳам етказиб бера олиш имконига ва билимига эга бўлиши жуда муҳим. Масалан: Анатомия фанини ўқитишда видеомаъруза машғулоти орқали инсон организми, аъзо ва тизимлар иш фойли, мутаносибликдаги ишлаш қонуниятлари ёритиб берилса, амалий машғулотда ушбу мазунининг назарий қисми услубий қўлланма орқали етказиб берилди. Суяклар тизими, фаолияти кўриниши, тузилишидаги бўртқик ёки, канал, тирқишлар ва уларнинг амалий аҳамиятини таълим олувчига етказиб бериш учун, қисқа-қисқа амалий кўникмалар видеоёзувини тайёрлаш зарур ва таълим ресурслари қаторига қўйиш керак. Чунки, талаба назарий билимни ўрганар экан, мавҳум тасаввур орқали маълум бир суяклар тизимидаги ўзига хосликларни тўлиқ шакллантира олмайди. Демак, тьютор – ўқитувчи бунга анимациялар ёки видеоёзувлар орқали кўрсатиб бериши зарур. Бундан ташқари тиббий таълимда талаба билимини назорат қилишда маълум бир воқеий вазиятлар орқали, яъни вазиятчи масалалар ёрдамида талабанинг тиббий нуқтаи назардан фикрлашини шакллантириш лозим. Бунинг учун ҳар бир амалий машғулот ўзлаштирилишини назорат қилишда тест саволлари, назорат саволлари билан биргаликда вазиятчи масалалар тайёрланиши керак ва таълим ресурсларига жойланиши лозим. Масофавий таълимнинг яна бир асосий вазифаси талабани компьютер ёки интернет “қарами” ҳолатига келишини олдини олишга қаратилган. Аксинча талаба тизимда ишлаш давомида ижодий фикрлай оладиган муаммо ечимини тезкор ва тўғри ҳал қила оладиган мутахассис бўлиб етишиши керак. Шунинг учун таълим ресурсларидаги вазиятчи масалани ечишда талаба, шундай ечим бериши керакки, бу ҳулоса ёки фикрга келиши учун қайси адабиётлар ва маълумотларга асосланганлигини тўлиқ ёритиб берсин, яъни фақатгина ечим ёки ҳулосани бериши гарчи у тўғри бўлса ҳам, тўлиқ жавоб ҳисобланмайди. Шу орқали ўз фикри – нуқтаи назарига эга бўлсин. Бу борада масофавий таълим ресурслари таркибида виртуал симуляцион марказ ёки лабораторияларни ташкиллаш ҳам юқори самара беради.

Шундай қилиб талаба анатомия фанини масофавий таълим орқали ўқишда:

- видеомаъруза орқали мустақил назарий билим олади;
- амалий машғулот материали билан танишиб ўрганиб чиқади;
- мавзу юзасидан тест ечади;
- мавзу юзасидан инсон аъзоси амалий кўникмасини видеоёзув ёки анимация орқали мустақил ўрганади;
- вазиятчи масалани ечимини тўғри ишлаб чиқиш учун қўшимча ресурслар (адабиётлар) билан ишлайди, ўз ҳулосасини беради.

Ҳулоса қилиб айтганда масофавий таълим орқали таълим берувчи ўқитувчи анатомия фанини ўқитишда психология, педагогика, информатика базавий билимларини қўллаган ҳолда билим беришнинг энг самарали усуллари қўллаб олиш компетентлигига эга бўлиши керак. Бунинг учун албатта олий ўқув юрти томонидан замонавий ахборот коммуникацион тизим воситалари, моддий-техник база мустаҳкам бўлиши, қўллаш имконияти яратилиши зарур.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА

*Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Хамракулов Ш.Х., Саиджанова Ф.Л., Вахобов Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

Определение пепсиногенагомогената слюнных желез и плазмопепсиногена производилось модифицированным тирозиновым методом Hirschowitz. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее является количество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В нашей модификации увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма.

Для анализа берется 0,5 мл исследуемого материала (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови), к нему приливается 2,5 мл 2% раствора плазмы в 0,05 н. соляной кислоте. После перемешивания содержимого пробирки она ставится в термостат (37°C) на 24 часа. Параллельно ставится контрольная проба: пробирка с 2,5 мл 2% плазмы в 0,05 н. соляной кислоте ставится в термостат (37°C) на 24 часа, после чего добавляется исследуемый материал (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови). После инкубации обе пробирки вынимаются из термостата, к растворам добавляется по 2,5 мл 0,5 н. трихлоруксусной кислоты, затем содержимое их фильтруется через плотный фильтр. К 1 мл фильтрата приливается 2,0 мл 0,5 н. NaOH и 0,6 мл предварительно разведенного в два раза водой реактива Фолина-Чиокальтеу. В течение 3-20 минут полученные растворы колориметрируют при красном фильтре против воды. Показатель экстинкции контрольной пробы вычитается из показателя основной пробы. Эта разность с помощью калибровочного графика (составленного по тирозину) переводится в условные единицы активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез). За 1 единицу активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез) в 1 мл сыворотке крови (или 1 мл гомогенат слюнных желез) принят 1 мкг тирозина, образовавшегося в результате 24-часового гидролиза белка при 37°C.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКИНЕЗИИ, ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ, ИНСОЛЯЦИИ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Умарова М.З., Абдунабиев Х.М., Ахмедов Ш.С., Мамажонов З.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Высокая температура как климатический фактор оказывает значительное влияние на организм. Реакция организма на действие высокой температуры чрезвычайно многообразна и сложна. Под его воздействием нарушается водно-солевой обмен, что приводит к глубоким изменениям в деятельности сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и выделения, изменяются морфологический состав и свойства крови. Саливация в своем объеме в большой мере зависит от гидратированности организма, резко понижаясь даже при небольшой дегидратации. В этих условиях концентрация многих рекретируемых веществ в составе слюны повышается, а их дебиты могут снижаться.

В различные стадии острого перегревания в термокамере, в строме и в паренхиме слюнных и поджелудочной желез наблюдаются морфологические изменения, являющиеся следствием повреждающего действия высокой температуры, свидетельствующие об участии слюнных желез в ответе организма на тепловую агрессию.

Деятельность слюнных желез в норме и воздействие различных экстремальных факторов, таких как гипокинезия, высокая температура и инсоляция регулируется рефлекторно, который обеспечивает гомеостаз в новых условиях существования. При этом она характеризуется несколькими типами эффектов и изменением секреции ферментов. Это обеспечивает быстрое реагирование на любые воздействия изменения секреции путем выделения накопленных в glanduloцитах и транспортируемых из крови веществ.

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В КРОВИ ПРИ ВЛИЯНИИ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

*Тоджибаева Н.Л., Мамажонов З.А., Умаров М.З., Абдунабиева Х.М., Вахобов Л., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Содержание общего белка в крови под влиянием вышеуказанных стресс – факторов изменяется разнонаправленно. Если при 3-х суточной гипокинезии наблюдается увеличение общего белка в крови, то при 10-, 15-, 20- и 25-суточной гипокинезии содержание его достоверно уменьшается, а в остальных сроках их влияния содержание общего белка в крови остается без изменений. Это, скорее всего, связано с разнонаправленным изменением секреции и инкреции определенных нами разных ферментов.

Картина изменений выделения общего белка слюнными железами под влиянием вышеуказанных стресс – факторов отличаются друг от друга. При 1-, 7-часовой, 15-суточной гипокинезии околоушными слюнными железами выделение его увеличивается, а при 7-суточной и 1 месячной гипокинезии оно уменьшается, а в остальных сроках действия этих факторов выделение общего белка околоушными слюнными железами остается на уровне исходных величин.

При 1-часовой гипокинезии выделение общего белка подчелюстной и подъязычной слюнными железами увеличивается, при 5-, 7-, 10-суточной гипокинезии выделение его уменьшается, а в остальных сроках действия этих стресс – факторов выделение общего белка этими двумя слюнными железами остается без изменений.

Наблюдается низкий коэффициент корреляции между содержанием общего белка в крови и выделением его слюнными железами. Высокие положительные коэффициенты корреляции наблюдаются только при изменении от исходного уровня содержания общего белка в крови и выделение его слюнными железами.

Отсюда можно заключить, что адаптивные изменения в слюнных, поджелудочной и главных клетках желудочных желез, являющиеся основными источниками ферментов - амилазы, липазы и пепсиногена крови при воздействии гипокинезии в условиях высокой температуры и инсоляции резко отличаются, чем при действии их в отдельности.

ВЫДЕЛЕНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В СОСТАВЕ СЛЮНЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

*Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Хамракулов Ш.Х., Умарова М.З., Саиджанова Ф.Л., Мамажонов З.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Слюнные железы, как и все железы пищеварительного тракта, принимают участие в обеспечении гомеостаза организма, в частности ферментного гомеостаза, поставляя в его внутреннюю среду синтезируемые ими секреторные продукты (например α -амилазу) и, выводя в составе секретов циркулирующие в крови ферменты, участвуют в экскреторной деятельности пищеварительного тракта. Выделение гидролитических ферментов в составе слюны при гипокинезии увеличивается, при этом наблюдается прямая зависимость от уровня содержания их в крови, т.е., увеличение выделения этих ферментов в кровь направлено на поддержание их гомеостаза. В руководстве группы Компаний BCM Биохиммак IBL – Hamburg, посвященном определению стероидов в слюне, называется несколько «механизмов проникновения компонентов крови через мембранный барьер в слюнные протоки»: 1) между ацинозными клетками проникают вещества с малой молекулярной массой (<1900 Д); 2) фильтрация через поры клеточных мембран возможна для субстанций с молекулярной массой <400 Д; 3) селективный транспорт через мембрану клетки; 4) пассивная диффузия липофильных молекул (например, стероидов); 5) активный транспорт через белковые каналы (например, пептидов); 6) пиноцитоз - проникновение путем пиноцитоза, последовательно эндо-, затем – экзоцитоза (например, «протеины

большого размера типа энзимов»). В собственной рекреции ферментов могут быть использованы три названных вида селективного транспорта.

При гипокинезии выделение ферментов слюнными железами неодинаково: больше всего повышается выделение амилазы, на втором месте по выраженности увеличения выделения находится пепсиноген, и на последнем месте находится липаза. Полученные нами экспериментальные данные приводят к заключению, что glanduloциты «свои» вещества рекретируют с большой интенсивностью, чем «чужие».

ИЗМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВЛИЯНИИ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

*Тоджибаева Н.Л., Абдунабиева Х.М., Умарова М.З., Ахмедов Ш.С., Вахобов Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящей работе представлены изменения ферментного гомеостаза и выделение гидролитических ферментов слюнными железами после воздействия на организм экспериментальных животных таких стресс-факторов как гипокинезия, высокая температура, инсоляция и сочетанное их влияние.

Проблема инкреции ферментов пищеварительными железами в своем длительном и неравномерном развитии прошла несколько этапов. На раннем этапе после обнаружения гидролаз в крови и моче исследовалось их происхождение, и была установлена существенная роль пищеварительных желез как продуцентов этих гидролаз. Если для пепсиногена продуцентом является одна железа желудка, то для других гидролаз продуцентов несколько. Это стимулировало исследование изотимов и их определение с диагностической целью. Однако пока на практике получило распространение лишь определение слюнной и панкреатической амилазы. Установление происхождения ряда гидролаз крови и мочи продолжается и в настоящее время.

На втором этапе развития знаний о гидролазах крови и мочи исследовалась их количественная зависимость от морфофункционального состояния желез-продуцентов, в частности, количество главных гастрокитов и ацинокитов поджелудочной железы. Была установлена прямая зависимость между ними, что нашло практическое использование в клинической гастроэнтерологии в виде энзимологических тестов косвенного беззондового определения (в известном приближении, конечно) числа продуцирующих соответствующие ферменты клеток в составе желудочных и поджелудочной желез. В настоящее время гипоферментемии и гипоферментурии рассматриваются как показатели гипотрофических изменений в соответствующих пищеварительных железах.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА

*Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Хамракулов Ш.Х., Саиджанова Ф.Л., Вахобов Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

Определение пепсиногенагомогената слюнных желез и плазмопепсиногена производилось модифицированным тирозиновым методом Hirschowitz. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее является количество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В нашей модификации увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма.

Для анализа берется 0,5 мл исследуемого материала (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови), к нему приливается 2,5 мл 2% раствора плазмы в 0,05 н. соляной кислоте. После перемешивания содержимого пробирки она ставится в термостат (37°C) на 24 часа. Параллельно ставится контрольная проба: пробирка с 2,5 мл 2% плазмы в 0,05 н. соляной кислоте ставится в термостат (37°C) на 24 часа, после чего добавляется исследуемый материал (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови). После инкубации обе пробирки вынимаются из термостата, к растворам добавляется по 2,5 мл 0,5 н. трихлоруксусной кислоты, затем содержимое их фильтруется через плотный фильтр. К 1 мл фильтрата приливается 2,0 мл 0,5 н. NaOH и 0,6 мл предварительно разведенного в два раза водой реактив Фолина-Чиокальтеу. В течение 3-20 минут полученные растворы колориметрируют при красном фильтре против воды. Показатель экстинкции контрольной пробы вычитается из показателя основной пробы. Эта разность с помощью калибровочного графика (составленного по тирозину) переводится в условные единицы активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез). За 1 единицу активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез) в 1 мл сыворотке крови (или 1 мл гомогенат слюнных желез) принят 1 мкг тирозина, образовавшегося в результате 24-часового гидролиза белка при 37°C.

ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ. МЕТОДЫ ПРАВИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

*Турдиева К.Ш., Холова Н.Р., Каримова М.Ю., Мирхошимов М.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Помимо профессиональных медицинских знаний врач должен обладать навыками общения с пациентом. Ведь искусство беседы врача с пациентом – одно из главных качеств его работы. Беседа и психологическое воздействие на пациента очень важно для выздоровления. Такие беседы основаны на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении.

Цель. Изучение роли правильного общения врача с больными.

Методы исследования. Объектом исследования являлись 32 пациента, болеющие неврологическими заболеваниями. Предмет исследования – правильное общение и психологическое воздействие на пациента. Исследование проводилось в городской клинической больнице № 17 путём применения этических моделей: модель Гиппократ, модель Парацельса, диетологическая модель.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом. В целом, у 32 пациентов отмечаются хорошие показатели после психологического воздействия и бесед врача, т.е. значительное улучшение здоровья пациента. У них отмечалась удовлетворённость проводимых методов. С помощью модели Гиппократ (принцип «не навреди») были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом. При применении модели Парацельса, (принцип «делай добро») между врачом и пациентом сложились доверительные отношения, а это улучшило душевное состояние больного, интереса к окружающему миру. Изучение качества жизни пациентов показало непосредственную взаимосвязь проводимой схемы лечения. Он базировался на объективном состоянии пациента.

Выводы. Таким образом, особенности общения врача и пациента являются значимым фактором эффективности лечения. Недостатки общения врача и пациента могут свести на нет результативность медикаментозного лечения и даже ухудшить состояние больного, и, напротив, эффективное общение врача и пациента существенно повышает вероятность выздоровления. Следовательно, социальные способности следует наряду со знаниями и умениями отнести к профессионально значимым качествам врача.

При лечении больных целесообразно проведение различных эффективных бесед с учётом психологического статуса пациента, который способствует улучшению результатов лечения и качества жизни.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Турсуметов А.А., Сабирматов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, распространенный перитонит до настоящего времени остается актуальнейшей проблемой в неотложной абдоминальной хирургии. По данным ведущих отечественных и зарубежных клиник летальность при данной патологии за последние десятилетия не имеет тенденции к снижению. Летальность колеблется от 20-30% до 50-70%. Известно, что использование антибактериальных препаратов при остром перитоните не обеспечивает абсолютный успех в его лечении. При эмпирически назначенной антибиотикотерапии, эффективность её не превышает 60%. Доказано, что результат успешного лечения разлитого гнойного перитонита лишь на 15-20 % зависит от эффективности антибактериальной терапии. А в остальном на 80% связано с адекватной хирургической тактикой, в том числе, полноценной санацией брюшной полости. В настоящее время наиболее актуальным является вопрос преодоления устойчивости микроорганизмов к часто используемым в клинической практике антибактериальным препаратам. Одним из перспективных направлений направленных данной проблемы является антимикробная фотодинамическая терапия.

В литературе нами не было обнаружено данных об использовании светодиодного излучения красного спектра и фотосенсибилизатора метиленовый синий в сеансах фотодинамической терапии с целью достижения положительного лечебного эффекта при остром перитоните.

Цель исследования. Изучить морфогистологические изменения в брюшине на фоне лечения распространенного перитонита с использованием фотодинамической санации брюшной полости метиленового синего в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование проведено на 73 беспородных белых крысах массой 150-200 г, содержащихся в стандартных условиях вивария. Оперативные вмешательства были осуществлены в условиях адекватной эфирной анестезии в соответствии с этическими нормами обращения с животными, а также требованиями мирового сообщества «Европейская конвенция по защите позвоночных, используемых для экспериментальных и иных научных целей». В каждой группе каловый перитонит моделировался по способу Блинкова Ю.Ю. с соавт., (2007). Животным под эфирным наркозом пункционным способом в условиях соблюдения правил асептики и антисептики вводили 2 мл отфильтрованной каловой взвеси не позднее чем через 10 минут после её приготовления. Все животные были разделены на 3 группы. В первой контрольной группе у 5 животных лечебные процедуры не выполнялись. Во второй контрольной группе (28) санация брюшной полости выполняли 0,02% раствором хлоргексидина, а в 3 основной группе (40) санацию брюшной полости выполняли 0,05% раствором метиленового синего. После санации брюшной полости через 10 минут выполняли светодиодное облучение брюшной полости в течение 5 минут. Источником излучения был аппарат «Восток-2» с длиной волны излучения 630 нм. Плотность мощности 200 мВт/см². Плотность энергии 35 Дж/см². Для гистологического исследования забор висцеральной брюшины у крыс осуществляли в области илеоцекального перехода, затем они фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. После соответствующей проводки парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и эозином.

Результаты. У животных с не леченным распространенным перитонитом экспериментальный не леченый перитонит у крыс протекает в несколько этапов с прогрессированием структурных изменений в брюшине. При гистологическом исследовании до санации брюшной полости мы выявляли картину фибринозно-гнойного перитонита с выраженной нейтрофильной инфильтрацией, отеком и полнокровием стромы. В группе не леченых животных летальность составила в течение 48 часов 100%.

В основной группе животных через 3-е суток после операции с фотодинамической санацией брюшной полости сохраняется равномерная слабовыраженная гиперемия брюшины с появлением обычного блеска последней. Объем экссудата (прозрачного вида) составил 0,5 мл у 2-х из 6 животных, у остальных 4-х животных менее 0,5 мл. На 5 сутки брюшина приобрела гладкий, блестящий вид. В брюшной полости имелись единичные рыхлые спайки, более выраженные в области послеоперационной раны, выпота не отмечалась. На 7 сутки у отдельных животных выявляются отдельные нежные, невыраженные спайки сальника с висцеральной поверхностью печени или петлями тонкой кишки и нижним

полусом селезенки, легко отделяемые, у остальных спаечный процесс не наблюдался. Брюшина гладкая, блестящая. Макроскопическая картина на 7-е сутки брюшной полости не отличалась от макроскопической картины здоровых животных. В контрольной группе животных с санацией брюшной полости 0,02% раствором хлоргексидина в брюшной полости отмечался около 2-3мл мутного выпота, в 2 случаях с геморрагическим компонентом, на висцеральной поверхности печени, между брюшинными листками серповидной складки и в складках сальника определялись единичные вкрапления фибрина. Желудок вздут и наполнен массами. Отмечается сегментарное вздутие и атония тонкой кишки, подвздошная кишка спавшаяся, стенки ее отечны. На 3 сутки в брюшной полости сохраняется выпот до 1,5 мл без запаха, обнаруживались небольшие межпетлевые спайки, а также спайки с передней брюшной, более выраженные в области послеоперационной раны, или с краями печени и нижнего полюса селезенки с большим сальником. Брюшина тусклая, инъецирована, сохраняются признаки пареза кишечника. На 5 сутки в брюшной полости около 0,5-1 мл светлого выпота, отмечается гиперемия брюшины, межпетлевые, а также шнуровые спайки, парез кишечника разрешился. К 7 суткам в брюшной полости незначительное количество выпота светлой окраски, определяется у 2 особей, сохраняется слабовыраженная гиперемия брюшины с сохраняющимся отеком.

Выводы. При моделировании калового перитонита в группах животных с санацией брюшной полости 0,02% раствором хлоргексидина в висцеральной брюшине развиваются тяжёлые деструктивные изменения, к 7 суткам ещё сохраняются признаки воспаления. Фотодинамическая терапия с использованием лазерного излучения красного спектра ($= 670 \text{ нм}$, $P = 35 \text{ Дж/см}^2$) и фотосенсибилизатора метиленового синего в концентрации 0,05% оказывает значительный лечебный эффект, защищая брюшину и другие структуры кишечника от повреждений, развивающихся при экспериментальном каловом перитоните у крыс. Макроскопическая картина брюшной полости в основной группе на 7-е сутки не отличалась от макроскопической картины здоровых животных. Таким образом, фотодинамическую терапию с использованием фотосенсибилизатора метиленового синего в концентрации 0,05% можно рекомендовать для внедрения в клиническую практику.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

*Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Мамажонов З.А., Умарова З.М., Тулянова Д.Я., Тожибоева Н.Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить морфологические изменения нейронов квадратуугольной долики мозжечка (КДМ) после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов проводили по Нисслю гематоксилином и эозином, а данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что в нейронах квадратуугольной долики мозжечка на 7-й день эксперимента в коре левого полушария мозжечка развиваются дисциркуляторные, отечно-дистрофические изменения. При этом в ганглионарном слое отмечались значительные отеочные явления. Цитоплазма клеток Пуркинье тотально вакуолизированы, ядро и содержимое цитоплазмы сдавлены и сдвинуты в нижнюю часть клетки. Из-за сморщивания они выглядят гиперхромно. Наружная цитоплазматическая мембрана растянута и формирует шаровидное образование. Вокруг ганглионарных клеток определяется выраженный отек в виде неравномерной вакуолизации нейроглии и вещества мозжечка. Отечно-дистрофические явления выявлялись и в молекулярном слое, из-за которых вещество нервной ткани разволокнено, нервные клетки сдавлены и сморщены. В этот срок эксперимента отечно-дистрофические изменения проявляющиеся разрыхлением клеточных элементов, просветлением и базофилией клеточного вещества и нервных отростков выявляются и в зернистом слое. Отеку преимущественно подвергнуты нейроглии, вследствие чего ядра оголены и сморщены.

Выводы. В нейронах квадратуугольной долики обоих полушарий мозжечка в различные сроки после ампутации в раннем этапе эксперимента во всех слоях коры развиваются дисциркуляторные, отечно-дистрофические и дегенеративные изменения.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ АНДИЖОН ШАХРИ ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ ЎҒИЛ ВА ҚИЗ БОЛАЛАР ЮЗИ МОРФОЛОГИК ВА ФИЗИОНОМИК БАЛАНДЛИГИНИНГ ЎСИШ ДИНАМИКАСИ

*Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Умарова З.М., Тулянова Д.Я., Мамажонов З.А., Тожибоева Н.Л.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Илмий тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари. Андижон шаҳри шароитида яшайдиган кичик мактаб ёшидаги ўғил ва қиз болалар юзи морфологик ва физиономик баландлигининг ўсиш динамикаси аниқлаш.

Илмий ишнинг материали ва текшириш услублари. Илмий тадқиқотнинг материали сифатида Андижон вилояти халқ таълими муассасаларининг фаолиятини методик таъминлаш ва ташкил этиш бўлими тасарруфидоги 27, 48-умумтаълим мактабларининг 1-6 синфларида таҳсил олаётган ўрта мактаб ёши (7-12 ёш)даги жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом бўлган 300 нафар ўғил ва қиз болалар олинди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Юзнинг морфологик баландлиги кўрсаткичи 7 ёшдаги ўғил ва қиз болаларда деярли бир хил бўлади (ўғил болаларда $9,75 \pm 0,15$ қиз болаларда $9,71 \pm 0,08$). Олинган натижалар шуни кўрсатдики, юзнинг морфологик баландлиги кўрсаткичи ўғил ва қиз болаларда ўсишда давом этиб, 12 ёшда ўғил болаларда $11,1 \pm 0,17$ смга тенглашади. 7-12 ёшгача бўлган даврда ўғил болаларда кўрсаткич $13,8\%$ га ошса, қизларда эса

- 11,3 %га ошади. Юзнинг физиономик баландлиги ўғил болаларда 7 ёшда $15,7 \pm 0,26$ смни ташкил этса, 10 ёшда $17,1 \pm 0,20$ смга ва 12 ёшда эса $17,7 \pm 0,24$ смгача катталашади. Қиз болаларда юзнинг физиономик баландлиги 7-10 ёшлар орасида 6%га ошади ($15,6 \pm 0,19$ см дан $16,5 \pm 0,18$ смга). 11-12 ёшда эса, ўсиш нисбатан сустлашади ($16,5 \pm 0,18$ см дан $17,3 \pm 0,16$ смга) ва 3,2 %гача ошади.

Хулоса. Бу даврда ўғил болалардаги ўсиш кўрсаткичлари қизларникидан ўсиши тезроқ кечади.

ИНДЕКС СИНДРОМАЛЬНОСТИ ПО ВЕДУЩИМ ДИЗМОРФИЯМ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОВОДИМОСТИ И СЛОЖНЫМИ ВИДАМИ АРИТМИИ

*Улужбеков М., Холматов Д.Н., Ефименко О.В., Ганиева М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Установить индекс синдромальности по ведущим дизморфиям в зависимости от их локализации.

Методы исследования. Проведено углубленное ЭКГ обследование школьников 7 – 14 лет (562), у которых нарушения ритма сердца сочетались с различными дизморфиями соединительной ткани.

Результаты. У больных детей с нарушениями проводимости сердца ведущими дизморфиями были микроцефалия, складчатость век, эпикант, высокое готическое небо, стопа с пониженным сводом, узелки на голени. В данной группе аритмий преобладающими по абсолютному количеству дизморфий были нижние конечности ($31,0 \pm 7,31\%$).

Среди больных детей со сложными вариантами аритмий преобладающей частью тела по количеству дизморфий была область лица, преимущественно носогубный треугольник ($33,5 \pm 5,49\%$) по сравнению с дизморфиями в области кожи ($17,6 \pm 6,1\%$, $p > 0,05$), черепа ($16,3 \pm 6,12\%$, $p < 0,05$) и нижних конечностей ($13,6 \pm 6,26\%$, $p < 0,05$).

Среди них ведущими дизморфиями были макроцефалия, долихоцефалия, складчатость век, монголоидный разрез глаза, высокое готическое небо, стопа с пониженным сводом, рекурвация коленного сустава, веснушки, выраженная венозная сеть и гиперрастяжимость кожи.

По индексу синдромальности, ведущие дизморфии в различных частях тела имели статистически достоверную связь с номотопными вариантами аритмий и сложными видами нарушения ритма сердца.

Выводы: Проведенный нами анализ показал наглядную связь концентрации дизморфий с различными вариантами нарушения проводимости и аритмиями сердца.

ПАСТКИ ЖАҒ ТАНАСИ БАЛАНДЛИГИНИНГ ЎСИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

*Улужбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., Тулянова Д.Я., Умарова М.З. Мамажонов З.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Илмий тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари. Андижон шаҳри шароитида яшайдиган ўрта мактаб ёшидаги ўғил ва қиз болаларда бошнинг пастки жағ қисми ўсиш параметрларини аниқлаш.

Илмий ишнинг материали ва текшириш услублари. Илмий тадқиқотнинг материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳри халқ таълими муассасаларининг фаолиятини методик таъминлаш ва ташкил этиш бўлими тасарруфидаги 48 - умумтаълим мактабларининг 1-6 синфларида таҳсил олаётган ўрта мактаб ёши (7-12 ёш)даги жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом бўлган 300 нафар ўғил ва қиз болалар олинди.

Олинган натижалар. Пастки жағ танасининг баландлиги ўлчами 7 ёшли ўғил болаларда $2,76 \pm 0,04$ смни ташкил этса, 10 ёшда $3,13 \pm 0,15$ смга тенглашади. Кейинчалик 11-12 ёшларда ўсиш бироз секинлашади ва 12 ёш охирида $3,19 \pm 0,0$ смга тенглигини кўришимиз мумкин. Қиз болаларда 7 ёшда $2,68 \pm 0,03$ см; 10 ёшда $2,96 \pm 0,04$ смга ва 12 ёшда $3,11 \pm 0,06$ смга тенг. Кўрсаткичлар 7-12 ёшда иккала жинс вакилларида турли хил равишда ўсади ва 12 ёшда кўрсаткич деярли тенглашади. Пастки жағ шохи баландлиги ўлчами 7 ёш ўғил болаларда $4,59 \pm 0,25$ см га тенг бўлса, 10 ва 12 ёшларда мос равишда: $5,60 \pm 0,18$ см ва $6,24 \pm 0,16$ смга тенглашади. Бу даврда (7-12 ёшлар орасидаги давр) кўрсаткич 36 % га ошади. Қиз болаларда 7 ёшда $4,85 \pm 0,14$ см; 10 ёшда $5,47 \pm 0,15$ см ва 12 ёшда $6,15 \pm 0,28$ см га тенг. 7-12 ёшли қизларда кўрсаткич 27 % га ортади. Пастки жағ шохи баландлиги ўлчами 7 ёш ўғил болаларда $4,59 \pm 0,25$ см га тенг бўлса, 10 ва 12 ёшларда мос равишда: $5,60 \pm 0,18$ см ва $6,24 \pm 0,16$ смга тенглашади.

Хулоса. Бу даврда ўғил болалардаги ўсиш кўрсаткичлари 36% га ортади.

СЕКРЕЦИЯ ФЕРМЕНТОВ СЛЮННЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА

*Умарова М.З., Жалолов Р.Ж., Тоджибаева Н.Л., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

В составе слюны содержатся высокомолекулярные соединения, в том числе белки. В ней представлены белки (1,4–6,4 г/л) типа альбуминов и глобулинов, свободных аминокислоты (0,2–0,4 г/л). Показано, что белковый состав выделенной слюны зависит от природы вызвавшего секрецию стимула. При раздражении симпатического нерва слюна выделялась медленно, но содержала большое количество белка и отличалась высокой амилалитической активностью. Противоположные изменения наблюдали при раздражении парасимпатических нервов. Хроматографическое исследование выявило для обоих видов слюны одинаковый набор пиков, за исключением большого пика №6, характерного только для слюны, секреция которой стимулирована парасимпатическими нервами. При СДС-электрофорезе также была выявлена полоса №8, специфическая для слюны, отделение которой индуцировано

раздражением парасимпатического нерва. Природа белков слюны ещё мало изучена. Имеются работы, доказывающие их рекреторное происхождение, т.е. они переходят из крови.

Установлено, что выделение белковых веществ из крови происходит при нормальном физиологическом состоянии организма, что согласуется положением И.П.Разенкова о том, что пищеварительный тракт на этапе экскреции белка, его гидролиза и всасывания продуктов гидролиза участвует в перераспределении тканевого белка между органами организма. По И.П.Разенкову, в основе выделения белков в составе пищеварительных секретов лежит не столько секреторный процесс, сколько транссудации их из крови через стенку сосудов.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ОКОЛОУШНОЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗ

*Умарова М.З., Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Некоторые авторы дифференцировали амилазу околоушной и поджелудочной желез, сыворотки крови человека, показав ее различную электрофоретическую подвижность, каталитическую активность, неодинаковую термостабильность и энергию активации. Оптимум рН для амилазы поджелудочной железы = 7,2, а для слюнной (околоушной) = 6,8. Хронический панкреатит в стадии обострения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы сопровождается достоверным снижением уровня амилазы и объема секреции слюны.

По-видимому, в составе слюны может выделяться амилаза и собственная, панкреатическая и печеночная, соотношения между ними может изменяться в зависимости от состояния клеточных мембран и функционального состояния самих железистых клеток в данный период, от уровня амилазы крови и других причин.

Перевязка протока околоушной железы вызывает снижение активности амилазы в ткани железы. Секреция амилазы околоушной железы находится под влиянием симпатической нервной системы, адренорецепторов желез относятся к типу α .

Исследовали взаимосвязь между количеством гранул ацинарных околоушных желез крыс и уровнем секреции амилазы. Парасимпатическая нервная стимуляция вызвала секрецию амилазы на уровне 1595 ед. Снижение количества гранул после стимуляции не найдено. Симпатическая стимуляция приводила к секреции амилазы на уровне 2877 ед. и снижению количества гранул. Парасимпатическая (иннервация) стимуляция вызывает секрецию негранулярной амилазы, что компенсирует расход амилазы.

Содержание изоферментов амилазы в секрете околоушной железы может значительно колебаться в зависимости от типа стимулированного нерва. В слюне околоушных желез мукоид не обнаружен, но слюна содержит значительное количество белков: альбумины (7,6%), α – (11,1%), β – (43,3%) и γ – глобулины (18,5%) и лизоцимы (18,1%). Большой электрофоретический пик слюны идентифицирован как амилаза. В слюне человека выявлено 8 изоферментов амилазы. Проведено сравнительное исследование электрофоретической подвижности в полиакриламидном геле амилаз, выделенных из секретов околоушной и подчелюстной желез и установлена их идентичность.

ЮКЛАМАЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

*Умарова Н.А., Раҳмонов Р.Р., Умарова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мақсад: оксил юкламали овқатланишда меъда шиллиқ пардаси фундал безларидаги ўзгаришларни аниқлаш.

Қирриш: оксил юкламали овқатланиш ҳазм аъзолари, яъни унинг тўқималарида морфофункционал ўзгаришларга олиб келади. Оксил юкламали овқатланишда меъда шиллиқ пардасидаги ўзгаришларни ўрганиш мақсадида альбинос каламушларда тажриба ўтказилди.

Ишнинг материаллари ва методлари: Тажриба ҳайвонлари 2 гуруҳга ажратилди, 1- гуруҳ назорат, 2 - гуруҳ тажриба гуруҳлари қилиб белгиланди. 1-гуруҳ оддий виварий рационидagi озиқ - овқатлар билан боқилди, 2 - гуруҳ ҳайвонларига эса факат тухум оксили ва сув берилди. Тажриба 90 кун мобайнида ўтказилди. Материал сифатида каламуш ошқозони олинди ва кесмалар тайёрланди. Гематоксиллин-эозин билан бўялиб, микропрепаратлар тайёрланди.

Олинган натижалар: гистологик микропрепаратларни ёруғлик микроскопи остида кўрилганда, ошқозон шиллиқ парда безли қаватининг бирмунча юпқалашгани ва ошқозон чуқурчалари сатҳининг ортганлиги кўзга ташланди. 1-30-суткаларда оксилли озиқ билан овқатлантириш ҳайвонларнинг ошқозони шиллиқ пардаси калинлигига ва фундал безларининг узунлигига сезиларли таъсир этмади. Бирок, 30-60-суткаларида тажриба ҳайвонларида назорат гуруҳи ҳайвонларига нисбатан ошқозон шиллиқ пардасининг калинлиги камайиб, фундал безларининг калталашishi кузатилди. Бунинг натижасида экспериментнинг 60-суткасида оксил билан озиқланган ҳайвонларнинг фундал безларининг калинлиги назорат гуруҳи ҳайвонларининг фундал безлари калинлигидан 7,94% га камайди. 60-90-суткаларда тажрибанинги ҳар иккала гуруҳи ҳайвонларида ҳам фундал безларнинг узунлиги нисбатан стабиллашди, лекин тажриба ва назорат гуруҳи ҳайвонлари кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ сақланиб қолди.

Тажриба ва назорат гуруҳи ҳайвонларининг ошқозон фундал безларининг зичлиги 1-30-суткагача деярли бир хилда бўлиб, улар ўртасидаги фарқ сезилмади. Тажрибанинги 60-суткасида назорат гуруҳи ҳайвонлари безларининг жойлашиш зичлиги камайиб, оксил билан озиқланган ҳайвонларнинг фундал безлари зичлиги эса аксинча ортди. Экспериментнинг кейинги суткаларида (60-90-суткалар) фундал безларнинг зичлиги ҳар иккала гуруҳ ҳайвонларида ҳам нисбатан стабиллашди.

Хулоса: оксил юкламали овқатланиш ҳазм аъзолари шиллиқ пардасида дистрофик, атрофик ва склеротик ўзгаришлар, циррозларга сабаб бўлади.

ОВҚАТЛАНИШ РАЦИОНИДА ОКСИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

*Умарова Н.А., Камолдинова Р.А., Умарова З.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мақсад: организмга озик-овқат таркибида тушган оксилларнинг ҳазм бўлиши ва мураккаб парчаланиш жараёнларини ўрганиш.

Кириш: организмдан чиқиб кетадиган азот миқдори, тўқима оксилнинг парчаланадиган миқдори овқат характериға боғлиқ. Овқат билан оксил кириб турганда ҳам, очликда ҳам оксил парчаланиб, организмдан азот чиқиб кетиб туради. Углеводли овқатлар ейилганда ва оксил истеъмол қилинмаганда тўқима оксили жуда кам сарфланади. Организмга крахмал ва қанд қўп кириб турсаю, овқатда оксил бутунлай бўлмаса, азот тўла очликдагига нисбатан 3—3½ барабар кам чиқиб кетиши мумкин. Углеводлар бу ҳолда оксилларни тежаш ролини ўйнайди.

Овқатда оксил бўлмасаю, бошқа ҳамма озик моддалар (углеводлар, ёғлар, минерал тузлар, сув, витаминлар) етарли кириб турса, организмда оксилнинг парчаланиши асосий ҳаётий жараёнларга оксил жуда кам сарфланаётганини кўрсатади. Тинч турган организмда энг кам сарфланадиган ва 1 кг гавда вазнига айлантириб ҳисоб қилинадиган оксил миқдорини М. Рубнер ейилиш (емирилиш) коэффиценти деб атаган.

Катта ёшдаги одам тинч турганда ейилиш (емирилиш) коэффиценти бир суткада 1 кг гавда вазнига ўрта ҳисоб билан 0,028—0,065 г азотга тенг. Бунинг маъноси шуки, вазни 70 кг бўлган киши бир суткада 2—4,5 г азот йўқотади, бу эса 12,5—28 г оксилнинг парчаланганига мос келади. Оксилнинг парчаланишидан ҳосил бўлиб, сийдик ва тер билан чиқиб кетадиган энг муҳим азотли моддалар — мочеви́на, аммиак ва сийдик кислотасидир.

Хулоса: озик-овқатлар таркибидаги оксилнинг миқдор ва сифат кўрсаткичларининг меъёрини белгилашда ҳар бир организмнинг ҳазм тизими аъзолари фаолиятини ҳисобга олиб белгилаш лозим. Бунга этибор берилмаслик организмда оксиллар алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади.

ОКСИЛ ЮКЛАМАЛИ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАР УМУМИЙ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Умарова Н.А., Рахмонов Р.Р., Умарова З.М.

Ишнинг мақсади: нораціонал оксил юкламали овқатланишнинг экспериментал ҳайвонлар умумий ҳолатига таъсирини ўрганиш.

Кириш: Организмнинг нормал ўсиб ривожланиши учун кунлик озуқанинг сифат ва миқдор кўрсаткичлари муҳим ҳисобланади. Овқатланиш гигиенасининг бузилиши кунлик ҳаётимизда қўплаб кузатилади. Қўп ҳолатларда озик моддаларга ёлчмаслик бўлса, бошқа ҳолатларда бир хил турдаги овқатларни истеъмол қилишга одатланилганлик ҳисобланади.

Ишнинг материаллари ва методлари: Нораціонал оксилли овқатланишда каламуш туклари, териси, умумий ҳолатини ўрганиш мақсадида, умумий вазни 140 граммли, 100 дона альбинос каламушларда тажриба ўтказилди. Тажриба ҳайвонлари 2 гуруҳга ажратилди, 1- гуруҳ назорат, 2- гуруҳ тажриба гуруҳлари қилиб белгиланди. 1-гуруҳ оддий виварий рационидagi озик - овқатлар билан, 2- гуруҳ ҳайвонларига эса фақат тухум оксили ва сув берилди. Тажриба 30 кун мобайнида ўтказилди.

Белгиланган муддатларда ҳайвонлар жонсизлантирилиб, ташқи кузатув, сочлари ва териси макроскопик ўрганилиб, гистологик текширувга кичик кесимлар олиниб, гематоксиллин – эозин усулида бўялиб, гистопрепаратлар тайёрланди. Ёруғлик микроскопи ёрдамида соч фолликулалари, эпидермис, дерма, гиподерма қатламларидаги тузилмалар ўрганилди.

Олинган натижалар: шуни кўрсатадики, назорат гуруҳига нисбатан тажриба гуруҳларидаги каламушларда тажриба муддати ортиб бориши билан уларнинг туклари рангсизланиб, эластиклиги камайиб, синувчан бўлиб қолди, эпидермис юпкалашди, микроциркулятор ўзанида гемодинамик ўзгаришлар кузатилди, дермада тер безлари, соч фолликулари деструкцияси, гиподерманинг юпкалашуви кузатилди. Кузатувларда каламушларда тез чарчаш ҳолатлари кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, нораціонал оксил юкламали озикланиш, тери ва унинг ҳосилаларига салбий таъсир кўрсатиб, дистрофик ва морфогистологик ўзгаришларига олиб келди.

ОКСИЛ ЮКЛАМАЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНING ЎЗГАРИШЛАРИ

Умарова Н.А., Рахмонов Р.Р., Умарова М.

Мақсад: оксил юкламали овқатланишда меъда шиллиқ пардаси фундал безларидаги ўзгаришларни аниқлаш.

Кириш: Оксил юкламали овқатланиш ҳазм аъзолари, яъни унинг тўқималарида морфофункционал ўзгаришларга олиб келади. Оксил юкламали овқатланишда меъда шиллиқ пардасидаги ўзгаришларни ўрганиш мақсадида альбинос каламушларда тажриба ўтказилди.

Ишнинг материаллари ва методлари: Тажриба ҳайвонлари 2 гуруҳга ажратилди, 1- гуруҳ назорат, 2 - гуруҳ тажриба гуруҳлари қилиб белгиланди. 1-гуруҳ оддий виварий рационидagi озик - овқатлар билан, 2 - гуруҳ ҳайвонларига эса фақат тухум оксили ва сув берилди. Тажриба 90 кун мобайнида ўтказилди. Материал сифатида каламуш ошқозони олинди ва кесмалар тайёрланди. Гематоксиллин-эозин билан бўялиб, микропрепаратлар тайёрланди.

Олинган натижалар: Гистологик микропрепаратлар ёруғлик микроскоп остида кўрилганда ошқозон шиллиқ пардада безли қаватнинг бирмунча юпкалашгани ва ошқозон чуқурчалари сатҳининг ортганлиги кўзга ташланди. 1-30-суткаларда оксилли озик билан овқатлантириш ҳайвонларининг ошқозон шиллиқ пардаси қалинлигига ва фундал безларининг узунлигига сезиларли таъсир этмади. Бироқ, 30-60-суткаларида тажриба ҳайвонларида назорат гуруҳи ҳайвонларига нисбатан ошқозон шиллиқ пардасининг қалинлиги камайиб, фундал безларнинг калталашиши кузатилди. Бунинг натижасида экспериментнинг 60-суткасида оксил билан озиқланган ҳайвонларнинг фундал безларнинг қалинлиги

назорат гуруҳ хайвонларининг фундал безлари қалинлигидан 7,94% га камайди. 60-90-суткаларда тажрибанинг ҳар иккала гуруҳи хайвонларида ҳам фундал безларнинг узунлиги нисбатан стабиллашди, лекин тажриба ва нazorat гуруҳ хайвонлари кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ сақланиб қолди.

Тажриба ва нazorat гуруҳ хайвонларининг ошқозон фундал без зичлиги 1-30-суткагача деярли бир хилда бўлиб, улар ўртасидаги фарқ сезилмади. Тажрибанинг 60-суткасида нazorat гуруҳ хайвонлари безларининг жойлашиш зичлиги камайиб, оксил билан озикланган хайвонларнинг фундал безлари зичлиги эса аксинча ортади. Экспериментнинг кейинги суткаларида (60-90-суткалар) фундал безларнинг зичлиги ҳар иккала гуруҳ хайвонларида ҳам нисбатан турғунлашади.

Хулоса: Оксил юклагани овқатланиш ҳазм аъзолари шиллиқ пардасида дистрофик, атрофик ва склеротик ўзгаришлар, циррозларга сабаб бўлади.

ОВҚАТЛАНИШ РАЦИОНИДА ОҚСИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Умарова Н.А., Камолдинова Р.А., Умарова З.М

Мақсад: Организмга озик-овқат таркибида тушган оксилларнинг ҳазм бўлиши ва мураккаб парчаланиш жараёнларини ўрганиш.

Қириш: Организмдан чиқиб кетадиган азот миқдори, тўқима оксилнинг парчаланадиган миқдори овқат характерида боғлиқ. Овқат билан оксил кириб турганда ҳам, очликда ҳам оксил парчаланиб, организмдан азот чиқиб кетиб туради. Углеводли овқатлар ейилганда ва оксил истеъмол қилинмаганда тўқима оксили жуда кам сарфланади. Организмга крахмал ва қанд кўп кириб турса, овқатда оксил бутунлай бўлмаса, азот тўла очликдагига нисбатан 3—3½/2 барабар кам чиқиб кетиши мумкин. Углеводлар бу ҳолда оксилларни тежаш ролини ўйнайди.

Овқатда оксил бўлмаса, бошқа, ҳамма озик моддалар (углеводлар, ёғлар, минерал тузлар, сув, витаминлар) етарли кириб турса, организмда оксилнинг парчаланиши асосий ҳаётий процессларга оксил жуда кам сарфланаётганини кўрсатади. Тинч турган организмда энг кам сарфланадиган ва 1 кг гавда вазнига айлантириб ҳисоб қилинадиган оксил миқдори М. Рубнер ейилиш (емирилиш) коэффиценти деб атаган.

Катта ёшдаги одам тинч турганда ейилиш (емирилиш) коэффиценти бир суткада 1 кг гавда вазнига ўрта ҳисоб билан 0,028—0,065 г азотга тенг. Бунинг маъноси шуки, вазни 70 кг бўлган киши бир суткада 2—4,5 г азот йўқотади, бу эса 12,5—28 г оксилнинг парчаланганига мос келади. Оксилнинг парчаланишидан ҳосил бўлиб, сийдик ва тер билан чиқиб кетадиган энг муҳим азотли моддалар — мочевина, аммиак ва сийдик кислотасидир.

Хулоса: озик-овқатлар таркибидаги оксилнинг миқдор ва сифат кўрсаткичларининг меъерини белгилашда ҳар бир организмнинг ҳазм тизими аъзолари фаолиятини ҳисобга олиб белгилаш лозим. Бунга эътибор берилмаслик организмнинг оксиллар алмашинуви бузилишига сабаб бўлади.

НОРАЦИОНАЛ ОҚСИЛЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ АЦИНОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Рахмонов Р.Р., Камолдинова Р.А., Умарова З.М.

Мақсад: Норационал оксилли овқатланишда меъда ости безида кечаётган морфофункционал ўзгаришларни ўрганиш.

Қириш: Организм овқатланишининг меъеридан ортқча бузилиши, ундаги аъзо ва тўқималарда морфофункционал ўзгаришларга сабаб бўлади. Бундай ўзгаришлар кўп ҳолатларда озик-овқатнинг сифати ва миқдорига етарлича эътибор берилмаслиги натижасида келиб чиқади.

Ишнинг материаллари ва методлари: Норационал оксилли овқатланишда меъда ости безининг экзокрин қисми ацинусларидаги ўзгаришларни ўрганиш мақсадида умумий вазни 140 граммли 100 дона альбинос каламушларда тажриба ўтказилди. Тажриба хайвонлари 2 гуруҳга ажратилди, 1- гуруҳ нazorat, 2- гуруҳ тажриба гуруҳлари. 1-гуруҳ оддий виварий рациондаги озик - овқатлар билан, 2- гуруҳ хайвонларига эса факат тухум оксили ва сув берилди. Тажриба 30 кун мобайнида ўтказилди.

Белгиланган муддатларда хайвонлар жонсизлантирилиб, меъда ости бези макроскопик ўрганилди, кичик кесимлар олиниб, гистопрепарат тайёрланиб, гематоксилан – эозин усулида бўялди. Г.Г.Авандилов морфометрик текшириш усуллари бўйича ёруғлик микроскопи ёрдамида меъда ости безининг ацинуслари текширилди. Олинган натижалар Студент мезонлари бўйича статистик қайта ишланди.

Олинган натижалар: Тажриба гуруҳидаги хайвонларнинг меъда ости бези ацинусларидаги ўзгаришлар тажрибанинг 3-кунидан бошлаб ўзгара бошлади. Уларнинг шакли юмалоқ ёки овалсимон шаклдан, чўзинчоқ, ноксимон шаклларга эга бўлди. Уларнинг ўлчами тажриба муддатига параллел равишда катталашди.

Ацинуслар таркибидаги ациноцит хужайралар шакли ва ўлчамлари ацинуслар ўзгаришига тўғри пропорционал ҳолатда ўзгарди. Ациноцит хужайраларнинг баландлиги тажриба якунигача 57%-гача катталашди. Ациноцитларнинг гомоген зонаси 66% - гача, зимоген зонаси эса 70 % - гача катталашганлиги маълум бўлди.

Хулоса: Тажрибалар шуни кўрсатдики, норационал оксилли юкламада кунлик озик овқатлар таркибидаги оксилларнинг ортқча миқдорда организмга тушиши, меъда ости безининг ацинар хужайраларида компенсатор мослашув жараёнларини ривожланишига олиб келиши кузатилди.

ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИЛГАН ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ – ЗАМОНАВИЙ ЎҚИТИШ ВОСИТАСИ

Қўзйбоева М., Ўринбоева Б.
Андижон давлат тиббий институти

Талабанинг мавжуд шахсий имкониятларни рўёбга чиқаришини таъминлаш, замонавий ўқув жараёнига қўйиладиган жадаллашган илмий-техникавий тараққиётнинг талабидир. Бунга индивидуал ва индивидуаллаштирилган ўқитиш орқали эришиш мумкин.

Индивидуал ўқитиш – бу ўқув жараёнининг ташкил этишнинг шакли бўлиб, бунда педагог талабалар билан яккама-якка шуғулланади, талаба ўқув воситалари (китоблар, компьютер ва ҳ.к.) ёрдамида узлуксиз мустақил таълим олади.

Индивидуал ўқитишнинг афзалликлари: педагогик жараёнинг талаба қобилиятларига мослашувчанлиги имкониятидир. Бунда талабанинг билим олиш даражаси доимий мониторингини амалга ошириш ва зарурий тузатишлар киритиш натижасида оптимал педагогик жараёни ташкил этилади.

Индивидуал ёндашиш – бу педагогик тамойилга кўра, педагогик жараёнда педагогнинг талабалар билан ўзаро муносабати, уларнинг шахсий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қурилади ва бутун ғуруҳ ҳамда ҳар бир алоҳида талабанинг ривож учун психологик-педагогик муҳит яратилади.

Индивидуаллаштирилган ўқитиш бундай ўқув жараёни ташкил этишда индивидуал ёндашиш асосида ўқитиш йўллари, усуллари, суръати танланади ва турли ўқув-услубий психологик-педагогик ҳамда ташкилий бошқарув тадбирлари орқали таъминланади.

Индивидуаллаштирилган ўқитиш технологияси – бунда ўқув жараёни ташкил этишда индивидуал ёндашиш ва ўқитишнинг индивидуал шакли устивор ҳисобланади. Ўқитишнинг барча шахсга йўналтирилган технологияларида у ёки бу даражада индивидуал ёндашиш қўлланилади, аммо индивидуаллаштирилган ўқитишда, индивидуаллаштириш, ўқув мақсадларига эришишнинг асосий воситаси ҳисобланади. Индивидуаллаштирилган ўқитишнинг асоси, талабанинг индивидуал-педагогик хусусиятларини ўрнатиш ҳисобланади. Олинган натижалар асосида, ўқитиш усули танланади. Қабул қилинган технологиялар, қоидалар ва тамойилларга кўра ўқитиш жараёни амалга оширилади.

МАНТИҚИЙ ФИКРЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА ЎЙИН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН САМАРАЛИ ФОЙДАЛАНИШ УСУЛЛАРИ

Қўзйбоева М., Ўринбоева Б.
Андион давлат тиббий институти

Ўйин технологиялари таълим жараёнида талабаларни касбий фаолиятга кенг қамровда тайёрлаш имконини беради. Ўйин технологиялари асосини талабаларнинг бўлғуси касбий фаолияти билан боғлиқ вазиятлар, воқеа-ҳодисалар ташкил қилади.

Ўйин технологиялари муайян фаннинг катта бир бўлими ўрганилгандан кейин талабаларнинг билимларини мустаҳкамлаш ва уларни амалий фаолиятга йўналтириш мақсадида қўлланилади. Ушбу технология дарснинг мақсад ва вазифалари, мутахассислик мазмунидан келиб чиққан ҳолда фаолиятга татбиқ қилинади. Бундай машғулотларда талабаларда таълимга нисбатан кучли мотивация юзага келади, улар фаоллиги таъминланади. Сценарий бўйича ролларни ижро қилиш давомида улар назарий машғулотлар ўзлаштирган билим, кўникмаларидан фойдаланган ҳолда касбий соҳа билан боғлиқ муаммоларни ҳал қилишга ҳаракат қиладилар, ўзларининг тайёргарлик даражаларини, имкониятларини баҳолайдилар.

Бошқарувчанлик ўйинлари талабаларда касбий фаолиятни режалаштириш, ташкил қилиш, бошқариш, мувофиқлаштириш, назорат ва таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантиради, уларда лидерлик, катъийятлилик, масъулиятлилик, ташкилотчилик, ишбилармонлик сифатларини тарбиялайди.

Тадқиқотчилик ўйинлари орқали талабалар назариялар, қоидалар, концепциялар мазмунини амалий жиҳатдан мустаҳкам ўрганадилар, уларда назарий маълумотларга нисбатан шахсий фикр, хулосалар таркиб топади. Илмий концепцияларнинг асослигини текшириш мақсадида улар тадқиқот ишларини олиб борадилар, фикрларини шакллантирадилар. Талабаларда илмий тафаккур ривожланади.

Талабалар таълим жараёнида ўзлаштирган билим ва кўникмаларини реал ҳаёт воқеа-ҳодисаларини моделлаштириш орқали пухта эгаллайдилар, ролларни ижро қилиш давомида ўзларининг имкониятларини синаб кўрадилар, ўзларига баҳо берадилар, касбий шаклланишдаги камчиликларни аниқлайдилар. Бир сўз билан ифодалаганда талабалар ўзларининг нималарга қодир эканликларини билиб оладилар.

Ўйин технологиялари талабаларни фаоллаштиради. Талабалар билимларни фаолият негизида ўзлаштирадилар. Ҳатто суст ўзлаштирувчи талаба ҳам ўзини намоён қилишга эҳтиёж сезади. Талабалар ўйинда иштирок қилиш давомида ўзларининг илмий-амалий тайёргарликларига асосланиб хулосалар чиқарадилар, маънавий-интеллектуал ва касбий ривожланиш даражаларини намоён қиладилар.

Талабаларда ҳулқ-атвор меъёрлари таркиб топади. Улар сценарий бўйича ролларни ижро қилишлари давомида ўзларининг шахсий мазмундаги маънавий, эмоционал, ҳулқий, ижтимоий тажрибаларига таянадилар. Бу ўз навбатида бошқа талабалар томонидан баҳоланади. Маълум маънода талабалар ижтимоий-касбий соҳада фаолиятни тўғри ташкил қилиш тўғрисида шахсий фикр ва хулосаларни билдирадилар.

ХОТИРА ЎЗЛИКНИ АНГЛАШ-МУҚАДДАС ТУЙҒУ

*Ўроқова О.Ж.
АДТИ*

Ёшларимиз бизнинг ғуруримиз бўлиб шаклланишлари учун билимли, кучли, доно ва бахтли бўлишлари лозим, улар фақат бугуннигина эмас, тарихимиз ва ўтмиш аждодларимиз ҳаёти, тажрибасидан ўрнатиб олиб яшасаларгина юксалик сари интиланган бўлади. Бунинг учун улар ҳар томонлама юксалиган бўлишлари шарт.

Масалан, Хотира ва Қадрлаш кунини нишонлаш халқимизнинг кексаю ёши учун азиз бўлиб қолди. Ўша кун бу муқаддас хотирани ёшларимиз ҳам қатта эҳтиром билан нишонлайдилар. Хотира деганда биз ўтмиш аждодларимизни эслаш, уларнинг олижаноб ишларини давом эттириш, деб тушунамиз. Хотирасиз миллат бўлмайди, хотираси бўлмаган ёшлар улғуворлик зинаюсига қадам қўя олмайди. Ана шу хотира билан қуролланган халқ, ёшлар она Ватанимиз, тарихимиз, маънавиятимиз йўлида жон фидо этган ватандошларимизнинг озодлик, эркинлик йўлида фидойи бўлганликларини қадрлаш бахтидан маҳрум бўлади. Бундай кунлар ҳатто кексаларни ёшартириб, ёшларда инсонпарварлик, ғурур, баркамоллик туйғуларини кучайтиради.

Хотира ва Қадрлаш кунини ғўзал, нурафшон Ватанимизнинг озод ва обод бўлиш учун олиб борган курашларидан ҳикоя қилади. Халқимиз тарихидаги олижаноб ватандошларимиз номи зарҳал ҳарфлар билан ёзилиб, ёшларимиз тарбиясида қатта аҳамият касб этажакдир. Чунки “Эл-юртимизнинг эрки ва озодлиги, бахту саодати учун ҳаётини қурбон қилган ватандошларимиз хотираси ҳамиша барҳаёдир” деган шиор ёшлар юрагидаги байроққа айланиб бормоқда.

Ватанимиз бой маданий, илмий, маърифий ҳазинага эга, уларни асраш ва авайлаш ҳам халқимиз онги, тасаввури ва ахлоқ-одоби тақомилида бекиёсдир. Улар узоқ давр ичида халқдан, ёшлар тафаккури, қалбидан ажратиб, ноҳилис фикрлар билан ўралган эди.

Ёшларнинг тарихни яхши билишлари бугунги тақдирини гуллаб-яшнашига олиб келади. Масалан, ўлкамизда буюк давлат, буюк маънавият ва маданият бўлганига гувоҳлик берувчи “Авесто”ни билиш ёшларимиз қалби ва онгини кучайтиради. Чўлпоннинг “Ёркиной” – афсонавий томошасидан тортиб, “Кеча ва Кундуз” романи ва Шекспирнинг “Гамлет” трагедияси таржимасига бўлган асарлари ёшлар тафаккурини жаҳоний муаммолар доирасига олиб кириб, эстетик ғўзаллик дарвозаси, инсоний баркамоллик томон етаклайди.

Тарихни яхши билмаган ёшлар ўзлигини яхши англай олмайди, баркамол бўлиб ривожланмайди.

ЎЗБЕКИСТОНДАГИ ДЕМОГРАФИК ЖАРАЁНЛАР ХУСУСИДА

*Хаджамуратова М.Х.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Ўзбекистоннинг чинакам мустақиллигига эришишдан иборат ўз йўли республикани ривожлантиришнинг ... ўзига хос хусусиятлари ва шарт-шароитларини ҳар томонлама ҳисобга олишга асосланади. Шу мақсадда республика ҳудудларининг демографик тарихини ўрганиш мақсадга мувофиқдир.

Мустақиллик йилларида аёлларнинг туғиш ёшида кўтарилиш жараёни бошланди. Тадқиқот доирасини 1991 йилида туғиш даражасининг энг юқори кўрсаткичи 15-19 ёшдаги аёлларда қўйилган. Мустақиллик йилларида аёл-ларни ҳимоя қилиш сиёсати, кизларни оналикка тайёрлаш, аҳолини маълу-мотилик даражасининг ошиши, иш билан бандлик даражасининг кўтарилиши оқибатида уларни туғиш даражаси кейинги йилларда пасайиб борди. 1995 йилдан бошлаб юқори даража 20-24 ёшга тегишли бўлди.

МДХ давлатларида фарзанд кўриш ёшидаги аёлларни ёш бўйича саккиз гуруҳга бўлиб, тўққизта давлат мисолида ўрганиб чиқилганда, турли хил тафовутлар мавжудлиги кўзга ташланади. Албатта, бу жараёнларга қадимдан қадимдан келадиган анъана, диний эътиқод, ҳудуддаги ижтимоий-иқтисодий жараёнлар, давлатнинг демографик сиёсати, аёлларнинг репродуктив майли каби ҳолатлар ўз таъсирини кўрсатган. 15-19 ёшгача бўлган аёллар бўйича туғишнинг ёш коэффициентини миқдори Арманистон, Молдавия, Украина давлатларида юқори даражада қўйилган.

Ушбу кўрсаткич бўйича Ўзбекистон Республикаси МДХ давлатлари орасида охириги ўринда бўлса, 20-24 ёшлилар ва 25-29 ёш гуруҳлари бўйича бошқа давлатларга нисбатан энг юқори даражага эга бўлган. Ўзбекистон Республикасида ушбу ҳолатни 30-34, 45-49 ёш бўйича таҳлил қилинганда, Қирғизистон Республикасидан кейин, 35-44 ёш бўйича Қирғизистон ва Қозғистон Республикасидан кейинги ўринни эгаллаган.

Республика вилоятлари аҳолини 1991-2006 йиллар давомидаги туғи-лишнинг ўртача даражаси бўйича қуйидаги гуруҳларга ажратиш мумкин:

-туғилиш коэффициентини ўртача даражаси юқори бўлган вилоятлар (26,8 %-29,2 %) – Сурхондарё, Қашқадарё, Жиззах, Самарқанд;

-ўртача ҳудудлар (24,6 %-26,0 %) – Хоразм, Наманган, Сирдарё, Фарғона, Андижон вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикаси;

-туғилишнинг ўртача даражаси паст ҳудудлар (16,2 %-23,0 %) – Бухоро, Навоий, Тошкент вилоятлари ва Тошкент шаҳри.

Демак, республикада аҳолининг табиий кўпайиш даражаси таъсир этувчи асосий омил туғилиш ҳисобланади.

БАРКАМОЛ АВЛОДНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ОНА ВА БОЛА САЛОМАТЛИГИГА ЭЪТИБОРНИНГ АҲАМИЯТИ

*Хаджамуратова М.Х.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Баркамол авлодни шакллантиришда она ва бола саломатлиги муҳим аҳамиятга эга. Шу хусусда Тиббий хизмат, - дейди Ўзбекистон Президенти Ш.Мирзиёев, - инсон манфаатларини таъминлашнинг муҳим омилларидан биридир. Тиббиёт ходимлари уйма-уй юриб, касалликларни профилактика қилиши, соҳадаги ўзгаришларни одамлар сезиши керак. Бунинг учун шифокорларнинг маданиятини, маънавиятини, масъулиятини ошириш, ишга ва беморларга муносабатини ўзгартириш зарур. Ушбу даъватга асосланиб, амалга оширилаётган ислохотлар заминини ҳам баркамол авлодни жисмонан соғлом, маънан етук бўлиб камол топиши ташкил этади.

Биобарин мустақиллик йилларида оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш йўлидаги ижобий ишлар натижасида туғиш ёшидаги аёллар ва гўдаклар ҳаёти билан боғлиқ нохуш ҳолатларнинг кескин даражада камайишига эришилмоқда.

Юртимизда мустақиллик йилларида аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашга бағишланган қатор ижобий ишлар амалга оширилмоқда. Айниқса, Ўзбекистон Президентининг ислохот йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилишини, жисмоний ва баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада қучайтириш ва самарадорлигини ошириш борасидаги даъватларини бажарилиши ижтимоий ҳаётда ўзининг ижобий самарасини бермоқда, аҳоли орасида туғилишни тартибга солиш маданияти ошиб бормоқда.

Ўзбекистоннинг демографик сиёсати, - дейди олимлар, - она ва бола соғлигини мустаҳкамлаш мақсадида туғилишни тартибга солишга қаратилган. Бунда туғилишни қисқартиришга ҳамда оилада болалар сонини камайитиришга ҳатто ишора ҳам йўқ. Сўз фақат туғилишни тартибга солиш маданияти ҳақида бориши мумкин.

Натижада, Ўзбекистонда кўп болаликдан ўртача болаликка ўтиш даври бошланган: - деб изоҳлайди демограф М.Бўриева, - республикада туғилиш даражаси келажакда бирмунча камаяди, дейиш мумкин. Туғилишнинг камайиши, асосан оилада 5-6 ва ундан кейинги болаларнинг туғилиш ҳоллари кескин камайиши ҳисобига бўлади.

Хулоса қилиб айтганда, мустақиллик йилларида она ва бола саломатлиги йўлида олиб борилган ижобий ишлар ўз самарасини бермоқда. Оналар ва болалар саломатлиги билан боғлиқ нохуш ҳолатлар кескин камайди. Бир ёшгача болалар орасидаги ўлим коэффициенти пасайди, репродуктив ёшдаги аёлларнинг туғиш ёшларини ўзгариши фарзанд кўриш кетма-кетлигига ҳам ўз таъсирини кўрсатмоқда.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВИТИЯ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Хажиматов Р.С., Хасанова Ш.А., Салиева М.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Образование в области здоровья на основе привития навыков здорового образа жизни (ЗОЖ), заключается в том, чтобы обеспечить обучение и активное участие самих обучаемых (то есть естественный процесс обучения), помимо чтения лекций или использования других приемлемых и эффективных методов достижения учебных задач. Обучение на основе активного участия опирается на опыт, мнения и знания членов учебной группы; оно создает творческий контекст для исследования и развития возможностей и вариантов, а также является источником взаимного комфорта и безопасности, которые способствуют процессу обучения и принятия решений.

Цель исследования. Изучить в вопросах здоровья виды навыков у учащихся по ЗОЖ.

Материал и методы исследования. Образ жизни - категория социальная. Она намного шире, нежели существующие представления. Образ жизни - это не только наличие или отсутствие вредных привычек, это - уровень производства, благосостояния (доход на душу населения, жилье, личный автотранспорт), культуры, образования, медицинская активность и др. Навыки усваиваются лучше всего в процессе наблюдения и использования приобретаемых знаний, когда учащиеся имеют возможность активно практиковать их. Простое перечисление навыков учителем и лекции, которые слушают учащиеся, не всегда приводят к тому, что учащиеся овладевают ими. Необходимо учиться на практике. Учителя должны использовать такие методы в классе, которые дают возможность молодым людям наблюдать эти навыки на практике, а затем использовать их в жизни. Ученые считают, что если учащиеся могут практически применять эти навыки в классе, скорее всего, они смогут использовать их и вне школы. Нами изучены виды навыков по ЗОЖ у учащихся: навыки коммуникации и межличностного общения, навыки принятия решений и критического мышления, навыки самоконтроля и преодоления проблем.

Результаты исследования. Навыки коммуникации и межличностного общения включают в себя: навыки коммуникации - учащиеся могут наблюдать и практиковать способы убедить родителей и друзей готовить и выбирать ЗОЖ; **навыки** отказа - учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: противостоять социальному давлению в пользу нездоровой практики ЗОЖ; навыки пропаганды и защиты - учащиеся могут наблюдать и практиковать способы давать информацию о ЗОЖ другим людям через плакаты, рекламу, представления и презентации; заручиться поддержкой влиятельных взрослых, например, руководителей, учителей, местных врачей с тем, чтобы обеспечивать школу здоровой пищей. Навыки принятия решений и критического мышления включают в себя: навыки принятия решений - учащиеся могут наблюдать и практиковать способы выбирать пищу и закуски с большими питательными свойствами; убедительно демонстрировать понимание последствий несбалансированного питания (заболевания, обусловленные дефицитом); навыки критического мышления - учащиеся могут наблюдать и практиковать способы оценивать питательные свойства рекламируемых продуктов и новости, касающиеся питания. Навыки самоконтроля и преодоления проблем включают в себя: навыки самоанализа и самоконтроля - учащиеся могут наблюдать и практиковать способы распознать связь между

нарушением питания и психологическими и эмоциональными факторами; определять личные предпочтения среди всех питательных продуктов и закусок; создать здоровый имидж тела.

Выводы. Следует ожидать, что хорошо проведенное санитарное просвещение на основе навыков изменит поведение, условия и соответствующие знания, убеждения и навыки учащихся, тем самым улучшит показатели здоровья будущих поколений.

НЕКОТОРЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В СТАЦИОНАРЕ

*Хажиматов Р.С., Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Из года в год, несмотря на усиление стратегии против внутрибольничного инфицирования, нозокомиальные инфекции остаются большой медицинской, социальной и экономической проблемой, бремя которой ощущают все службы здравоохранения. Официальная статистика свидетельствует, что в развитых странах ВБИ развивается у 5–10% пациентов, находящихся в стационаре и приводит к увеличению сроков госпитализации в среднем на 6–8 дней (в хирургических стационарах - на 12–18 дней), летальности и затрат на лечение. ВБИ наносят существенный вред здоровью медицинского персонала. По данным ВОЗ ежемоментно в мире 1,4 миллиона людей страдают от инфекций, связанных с госпитализацией. В развитых странах от 5 до 10 % госпитализированных пациентов во время пребывания в современных госпиталях приобретают одну или несколько инфекций.

Цель исследования. Нами использованы социально-гигиенические методы исследования, которые позволяют получить адекватную качественную оценку деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ.

Материал и методы исследования. Врачам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности по профилактике ВБИ. Анкета содержала 60 вопросов. Проанализированы данные опроса 88 врачей.

Результаты исследования. Согласно наших данных основная масса медперсонала (88,3%) проводит от 1 и более мед. манипуляций и лишь 11,7% - не проводит ($P < 0,05$). Анализ выявил, что 65,7% медперсонала постоянно или частично сталкиваются с дефицитом материально-технических средств, 27,5% - не сталкиваются и 6,8% - затруднились ответить. Анализ мероприятий при медицинской аварии для профилактики инфекций передающихся через кровь (ВИЧ, СПИД, ВГВ, ВГС) показал: 51,0% - надо использовать периферические катетеры и катетер в центральную вену, 44,1% - имея многолетний опыт, выполняет процедуры так, чтобы не допустить мед аварии, 0,9% - использовать многие методы. Случаи нагноения после лечения медперсонал связывает в 48,0% с недостаточной стерилизацией операционного материала и инструментария, в 18,6% - проведением антибактериального лечения, в 30,4% - несколько факторов вместе, в 3,0% - неполная обработка операционного поля со стороны хирурга. 60,8% респондентов считает, что на заражение ВБИ влияет комплекс факторов: в 17,6% случаев - неадекватная техника проведения инвазивных манипуляций: лечебных и диагностических процедур, в 14,7% - неадекватная асептика, стерилизация, недостаточная дезинфекция, в 2,9% - пациенты, в 2,2% - недостаточная обработка рук и профессиональное здоровье – в 2,0% случаев. 48,0% респондентов имели полное представление о резистентности к антимикробным и антисептическим препаратам основных возбудителей ВБИ, у 45,1% - нет полного представления и 6,9% - его не имеют.

Выводы. По мнению врачей, на качество профилактики ВБИ влияет следующее: недостаточная оснащённость медоборудованием, внедрение новых методов диагностики и лечения (23,5%), недостаточное использование новых диагностических и лечебных методов (23,5%), несколько вместе (21,6%), большой объём работы (15,7%), недостаточный контроль за работой медперсонала со стороны старшей медсестры (6,9%), отсутствие материального стимулирования (2,0%) и нерациональная организация труда (1,0%).

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ У НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Хакимов З., Маматалиева М.А., Нурматов Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Различные виды механические асфиксии является наиболее распространенным суицидом среди молодого населения во многих странах мира. В этой связи представляет интерес изучение различия частоты механические асфиксии по полу и в возрастном аспекте у населения Андижанской области, которая является важной проблемой для профилактики суицида среди подростков и молодых людей.

Цель исследования. Изучение частоты различных механических асфиксий по половой принадлежности и в возрастном аспекте у населения Андижанской области за 2015–2019 гг. Для решения поставленной задачи нами было проведено исследование 274 трупов людей (из них мужчин 109, женщин 165) в возрасте от 10 до 60 лет (5 групп, разделены по десятилетиям).

Результаты исследования. Произведено судебно-медицинское исследование в Андижанском областном бюро судебно-медицинской экспертизы. 1-группа (возраст 10–20 лет, количество случаев 43, из них мужчин 12, женщин 31). 2-группа (возраст 20–30 лет, количество случаев 121, из них мужчин 44, женщин 77). 3-группа (возраст 30–40 лет, количество случаев 53, из них 21 мужчин, женщин 32). 4-группа (возраст 40–50 лет, количество случаев 28, из них 14 мужчин, женщин 14). 5-группа (возраст 50–60 лет, количество случаев 29, из них мужчин 18, женщин 11).

Из всех механических асфиксий на долю суицидов (повешение) приходилось 84% случаев. Особенно среди женщин 1–2 группы. Остальным видам механической асфиксии приходилось 16%, здесь превосходили мужчин 3-группы.

При сравнительном изучении по полу и возрасту количества случаев отмечено, что у мужчин наиболее часто наблюдается суицид во второй и третьей группе, а у женщин в первых трёх группах. С увеличением возраста количество суицида среди женщин резко снижается.

Вывод. Из вышесказанного можно сказать, что 1-2 группа людей (возраст 10-30) потенциально опасны для совершения суицида (особенно повешения) и требуют бдительность окружающих для предостережения и профилактики смертности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЗОБОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Хакимов З., Маматалиева М.А., Нурматов Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В эндемических очагах по зобу функция щитовидной железы оказывается часто нарушенной, и поэтому можно ожидать, что эти изменения функции окажут влияние на течение многих заболеваний.

Цель исследования. Изучение особенностей возрастного и полового фактора на динамику развития различных форм зобов щитовидной железы у населения Андижанской области в возрасте 15-64 лет за период 2000-2005гг.

Методы исследования. Материалом исследования послужил биопсийные материалы (гистологические препараты щитовидной железы), полученный из архива патологоанатомического отделения клиники АГМИ за период 2015-2019гг. Обследовано 200 биоптатов щитовидной железы с различными формами зобов щитовидной железы (из них 43 мужского пола и 157 женского пола). Распределение больных производили согласно классификации МКБ-10. Сделан однофакторный дисперсионный анализ возрастного фактора и пола больных, статистическая обработка данных производилась по Стьюденту.

Результаты исследования. Изучение биопсийных материалов показало, что зобы встречаются в основном в возрасте 25-44 лет (т.е в 2-4 группах). В ходе исследования выяснилось, что наибольшая частота заболеваемости различными формами зобов щитовидной железы среди женщин в возрасте 25-34 лет (2 группа), среди мужчин 45-54 лет (4 группа). Полученные данные дали основание выделить критические возрастные периоды и в данный момент разрабатываются специальные меры по профилактике развития зобов щитовидной железы у данной группы лиц Андижанской области на основе Закона Республики Узбекистан «О профилактике йододефицитных заболеваний».

Выводы. Результаты исследования позволят рекомендовать практикующим врачам проводить своевременные профилактические меры по борьбе с йододефицитными заболеваниями, особенно среди женщин в возрасте 25-34 лет, и мужчин в возрасте 45-54лет. Эти меры приведут к снижению заболеваемости и инвалидизации населения.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

*Хакимов З.К., Исроилов Р.И., Маматалиев А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Важная роль надпочечников в поддержании гомеостаза в организме обуславливает как сохранение достаточно высокой функциональной активности желез, так и относительную стабильность их структуры на протяжении жизни. Учитывая сказанное, мы поставили задачу исследовать морфологический профиль надпочечных желез при внезапной коронарной смерти.

Материал и методы исследования. Исследовали миокард, коронарные сосуды и надпочечники от умерших мужчин в возрасте 20-59 лет. 1-группа - 4 случая (люди, умершие от внезапной коронарной смерти), 2-группа - 40 случаев – контроль (люди, умершие от насильственной смерти, от острой кровопотери). Площадь атеросклеротических поражений коронарных сосудов изучалась на окрашенных суданом 1У визуально-планиметрическим методом. Срезы миокарда окрашивались гемм – эозином по Ван - Гизону. Надпочечники взвешивали, срезы окрашивались гемм – эозином по Ван - Гизону. Ширину различных зон коры измеряли окуляр-микрометром. Для оценки значимости различий использовался критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Выявлено, что при внезапной коронарной смерти тяжелее поражаются коронарные сосуды. У мужчин в возрастной группе 30-39лет общая площадь атеросклероза в 5,7раза больше, чем в контрольной группе. В 40-49лет этот показатель выше показателей контрольной группы в 2,8 раза. А в 50-59лет превышение площади атеросклероза умерших от внезапной коронарной смерти было соответственно в 2,1 раза.

Морфометрий сердца при ВКС проявлялся увеличением веса, размеров, толщины и контрактильным коэффициентом левого желудочка сердца, уменьшение количествакардиомиоцитов, признаки волнистости и диссоциации, очагами склеротических изменений.

Изучение коры надпочечников при внезапной коронарной смерти показало, что гистологическая структура претерпевает к постепенно прогрессирующему с возрастом уменьшению клубочковой и сетчатой зоны и увеличению пучковой зоны.

Отмечалось достоверное увеличение массы, толщины коры и размеров клеток всех зон. Во всех зонах коры преобладали крупные светлые клетки, в большинстве которых отмечалась резкая вакуолизация цитоплазмы и отчетливо определялись дистрофические изменения. Во всех зонах коры определялось большое количество липидов, которые находились в крупнокапельном состоянии.

Вывод. Результаты свидетельствуют о корреляции между изменениями в коре надпочечников и внезапной коронарной смерти.

АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ЕЁ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Хамракулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Чартакова Х.Х., Хужаков М.О., Тожибоева Н.Л.
Андижанский государственный медицинский институт*

С целью изучения влияния резекции желудка на всасывание и лимфообращение в толстой кишке в эксперименте на 10 собаках осуществлены резекции 2/3 желудка Полия-Райхелю и у 10 собак изучено строение лимфатической системы кишки в норме.

В работе использованы методы интерстициальной и биологической инъекции по Б.В.Огневу. Гистоструктурные, гистохимические изменения стенки толстой кишки путем окраски срезой гематоксилин-эозином и постановкой шик-реакции.

Морфо-гистологическая перестройка стенки толстой кишки и ее лимфатическая система, соответственно ее функциональной нагрузке, представляется функционально полноценной. Расширение капилляров и сосудов, появление на их стенках выростов, образование новых анастомозирующих ветвей происходит во всех оболочках, но более выражено в слизистой оболочке и подслизистой основе. Такая реакция лимфатической системы служит проявлением компенсаторно-приспособительного механизма, призванного дренировать увеличенную межтканевую жидкость в условиях пареза и венозного стаза кишечника.

Вышесказанное свидетельствует, что резекция 2/3 желудка, независимо от способа ее применения, оказывает значительное влияние на пищеварительную функцию толстой кишки, которая характеризуется терминальным смещением всасывания, в частности, жира. Значительное перемещение всасывания отмечается после операции Полия-Райхеля. При этом, пищеварение в тонкой кишке не завершается, потому что лимфатические сосуды толстой кишки всасывают жиры, что не наблюдается в норме.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНА А В ВЫРВАННЫХ ВОЛОСАХ МЕТОДОМ АФФИННОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

*Хасанова М.А., Усманов М.Н.
Ташкентская медицинская академия*

Введение. В практике судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств нередко встречаются случаи, когда в распоряжении эксперта могут находиться единичные волосы, в которых требуется определить групповые факторы системы АВО. Методом аффинной хроматографии на бумаге можно определить антигены на волоконце ткани со следами крови, то не исключается возможность использования его для обнаружения антигенов в частях вырванных волос человека.

Цель исследования. Изучить возможность определения агглютиногенов А и в луковичах вырванных волос с влажными оболочками методом биоспецифической адсорбционной (аффинной) хроматографии с помощью фитагглютинина анти-А, полученного из семян винограда «Nimrang».

Материал и методы. Исследованию подвергались 20 объекта из волос 10 человек мужского и женского пола в возрасте от 18 до 45 лет. Волосы вырывались из головы. Они хранились в бумажных пакетиках при комнатной температуре. Давность хранения их с момента вырывания до начала исследования колебалась от нескольких часов до одной недели. Обнаружение антигенов во влажных оболочках вырванных волос производилось без предварительной обработки их.

Результаты. Исследованиями установлено, что в 20 образцах волос, принадлежащих лицам со второй группой крови А_В(II), в двух из них в элюатах хроматографированных луковичах с влажными оболочками наблюдалась наиболее интенсивная картина реакции («+++»). Она характеризовалась появлением под микроскопом большого числа крупных эритроцитарных агглютинатов. В 9 из 20 объектов отмечалось появление средних агглютинатов, содержащих по 5-7 эритроцитов на фоне свободно лежащих эритроцитов поле зрения. Они обозначались знаком «++». В 7 случаях в поле зрения микроскопа отмечались мелкие агглютинаты («+»), содержащие по 3-4 эритроцита на фоне множества свободно лежащих эритроцитов. И, наконец, в остальных 2 из 20 случаев наблюдались единичные мелкие агглютинаты, содержащие 2-3 эритроцита на фоне сплошной свободно лежащих эритроцитов в поле зрения, которые обозначались нами, как сомнительные случаи, знаком «±» и не могли быть отнесены к положительным результатам. Следует отметить, что в элюатах всех этих 20 объектов с эритроцитами группы В_а(III) агглютинация не наступила, то есть неспецифическое связывание антиген-антитело не наступило.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что с помощью фитагглютинина анти-А экстракта семян винограда «Nimrang» методом аффинной хроматографии можно выявлять антигены А в луковичах вырванных волос с влажными оболочками. Методика аффинной (биоспецифической адсорбционной) хроматографии на бумаге может быть использована для обнаружения антигенов А в луковичах вырванных волос с влажными оболочками. Причем хроматография позволяет установить антигены системы АВО без предварительной обработки их.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА– ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА С ДЕТСТВА

*Хасанова Ш.А., Шоюнусова Н.Ш., Салиева М.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Врач стоматолог играет важную роль в снижении распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди населения. Он помогает пациенту малозатратными профилактическими мерами

устранить или ослабить воздействие основных факторов риска самых распространенных стоматологических заболеваний через пропаганду тщательного ухода за полостью рта, рекомендаций по питанию.

Цель исследования. В первичной профилактике участвует все население и персонал, занимающийся воспитанием подрастающего поколения. Цель первичной профилактики — не допустить развития стоматологического заболевания.

Материал и методы исследования. Изучить методы профилактики стоматологических заболеваний: стоматологическое просвещение населения; обучение правилам рационального питания; обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта; эндогенное использование препаратов фтора; применение средств местной профилактики; вторичная профилактика (санация полости рта).

Результаты исследования. Самое первое, что необходимо сделать – это санировать ротовую полость ребенка или, проще говоря, вылечить все кариозные поверхности зубов. Родители должны очень тщательно подойти к вопросу выбора стоматолога для своего ребенка. Мало того, что врач должен быть высококвалифицированным, чтобы спасти все зубки малыша, он должен обладать хотя бы элементарными знаниями детской психологии. Это необходимо для того, чтобы врач смог установить эмоциональный контакт со своим маленьким пациентом. В противном случае каждый визит к врачу – стоматологу и лечение зубов превратится в настоящую пытку для всех заинтересованных сторон – для ребенка, для врача – стоматолога, для родителей. Да и именно от этих самых первых визитов стоматологов зависит то, как сложатся дальнейшие отношения ребенка с этим таким непростым врачом. Вторым этапом лечения кариеса является пересмотр рациона питания ребенка. Во-первых, все продукты, в которых содержится слишком большое количество углеводов (как правило, сладости), надо давать ребенку в ограниченных количествах, следя за тем, чтобы после еды ребенок хотя бы прополоскал рот. Как уже говорилось выше, весьма негативное влияние на состояние зубов оказывает неправильная пища, в которое не хватает кальция и фтора. Конечно же, рацион питания пересмотреть нужно, однако в том случае, если ребенок уже столкнулся с кариесом, простой пищей обойтись не удастся. Поэтому в этот период врачи – стоматологи рекомендуют давать ребенку специальные витаминно – минеральные комплексы, которые содержат большое количество кальция и фосфора. Современная фармакология предлагает родителям огромное количество самых разнообразных препаратов, однако не стоит покупать их самостоятельно. В особо тяжелых случаях врач – стоматолог может назначить ребенку прием фторидов. Эти препараты и на самом деле оказывают удивительно положительное действие на состояние зубной эмали. Однако ни в коем случае недопустимо самостоятельное применение данной группы препаратов – у маленьких детей возможно накопление излишнего фтора в организме.

Выводы. Методы стоматологического просвещения — это беседы, лекции, семинары, уроки здоровья, игры и т.д. Питание может влиять на ткани зубов двумя путями: во-первых, во время формирования зуба перед прорезыванием и, во-вторых, после прорезывания. Регулярное посещение детского врача – стоматолога. Причем первый визит должен быть в годовалом возрасте малыша, далее – каждые полгода. Эта мера позволит заметить кариес на самых первых стадиях его развития.

АРХИТЕКТУРА И ПРОЕКТИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕССОРОВ

Худайбердиева Х.У., Хомидов М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Компьютерные системы являются распространенной частью современного мира. Помимо обычных настольных персональных компьютеров, существует множество других типов специализированных компьютерных систем, которые активно используются в разных сферах. Центральным компонентом этих компьютеров и компьютерных систем является микропроцессор или процессор. Процессор (сокращение от «Central Processing Unit») – это, по сути, мозг компьютерной системы, это компонент, который «вычисляет».

В этой статье представлены аналогичные и дедуктивные методологии для проектирования медицинских процессоров. Изучая эволюцию многочисленных более ранних процессоров, мы получаем основу для архитектуры медицинских процессоров. Эти специализированные процессоры выполняют уникальные медицинские функции, закодированные в виде медицинских операционных кодов. С практической точки зрения медицинские процессоры функционируют очень близко к процессорам. Оба процессора имеют уникальные коды операций, которые дают команду оборудованию выполнять отдельную цепочку подпроцессов над операндами и генерировать конкретный результат, уникальный для кода операции и операнд. В медицинской среде медицинский процессор декодирует коды и выполняет серию медицинских подпроцессов и отправляет вторичные команды на медицинскую машину. В то время как операнды в типичной компьютерной системе представляют собой числовые и логические объекты, операнды в медицинской машине представляют собой такие объекты, как пациенты, образцы крови, ткани, медицинский персонал, медицинские счета, платежи пациентов и т. д.

По назначению специализированные процессоры могут быть разделены на следующие группы:

- системы функциональной диагностики;
- системы оперативного слежения за состоянием пациента (мониторные системы);
- системы обработки медицинских изображений;
- системы лабораторной диагностики;
- системы лечебных воздействий;
- биотехнические системы замещения жизненно важных функций организма и протезирования.

Применение специализированных процессоров позволяет увеличить точность проводимых измерений, создавать электронные архивы результатов исследований, передавать информацию на расстояние, а также осуществлять обработку данных, используя специальные программы анализа медицинских исследований. Все это позволило поднять медицинскую аппаратуру на новый уровень, позволяющий повысить эффективность инструментальных методов диагностики, прогнозирования, лечения и контроля состояния тяжелых пациентов.

ОММАВИЙ МАДАНИЯТНИНГ ЁШЛАР ОНГИГА ТАЪСИРИ

Худайбердиева Х. Ў.
АДТИ

Бугунги глобаллашув замонида ёшларнинг онги ва қалбини эгаллаш учун мисли қўрилмаган даражада кураш бормокда. Бундай кураш ҳаётнинг турли соҳаларида намоён бўлмокда. Шунингдек жиддий хатарлардан бири “оммавий маданият” номи билан индустриал асосда ишлаб чиқилаётган “санъат” намуналаридир. Аслида ҳақиқий санъат асаридан мутлако йироқ бўлган, ғаразли мақсадларни кўзлайдиган айрим гуруҳларнинг бойишига хизмат қиладиган, миллий кадриятларимизга мутлако зид бундай маҳсулотлар инсонни ҳаётдан йироқлаштиради, руҳан қашшоқ ва муте жонзотга айлантириб қўяди. Бундай “асарларда беҳаёлик, зўравонлик, ур-йикит, фирибгарлик, гиёҳвандлик, майхўрлик каби иллатлар зимдан тарғиб қилинади, ҳаётнинг маъноси шундан иборат, деган зарарли ғоя томчи ва томчи тарзда ёшларнинг қалби ва онгига сингдирилади. Бошқача қилиб айтганда, “оммавий маданият” ёшларнинг ҳаётини бутунлай заҳарлайди ва уларнинг ўз тарихи миллий кадриятлари, ҳатто ота- онасини танимайдиган махлукка айлантириб қўяди.

Оммавий маданият биринчи навбатда фойда, мўмай даромад олишни кўзлаб ҳаракат қиладди. Лекин у бундай фойдани эндигина ҳаётга кириб келаётган миллионлаб покиза қалбларни заҳарлаш эвазига орттирмоқчи бўлади. Биргина реклама роликлари орқали тарғиб этиладиган маданият ёки турмуш тарзи намуналарини олини. Улар орқали гўёки эҳтиёж учун зарур оддий бир матоҳ тарғиб қилинаётгандек бўлиб кўринсада, унинг замирида бизнинг миллий ахлоқимизга тўғри келмайдиган нимадир яширинган бўлади. Ана шу номсиз нимадир бориб- бориб, оммавий маданият, оммавий турмуш тарзи тамойилларини белгилайдиган кучга айланиш учун даъвогарлик қиладди, бизнинг қалбимизда миллий ўзлик туйғуси, Ватан ҳиссини сиқиб чиқармоқчи бўлади.

“Оммавий маданият” га қарши курашнинг энг самарали йўли – йигит қизларимизни ёшлигидан бошлаб юксак маданий савия, дид ва фаросат эгаси, мустақил фикрлайдиган, маърифатли қилиб тарбиялашдан иборат. Ана шундай фазилатларга эга бўлган ёшлар замирида вайронкор ғоялар ётган “оммавий маданият” намуналаридан ҳазар қиладди. Модомики. “оммавий маданият” ғоя экан, унга қарши ғоя билан курашмоқ лозим. Бундай бузғунчи ғояга қарши кураша оладиган миллийлик ва қолаверса, миллий маънавиятимизга ёт бўлган товарларни олиб келадиган тадбиркорларни ҳам шу руҳда тарбиялаш мақсадга мувофиқ. Тўй ва бошқа маросимларда санъаткорлар томонидан ижро этиладиган қўшиқлар репертуари билан жиддий шуғулланишга тўғри келади. Ёшларимизда миллий санъатга ҳурмат ҳиссини шакллантириш, мумтоз адабиёт ва мусиқани тушунишга интилишни кучайтириш учун тарбиячиларнинг маданий савияси етарли бўлиши талаб этилади.

Халқимизда бир нақл бор, касалликни даволагандан кўра, унинг олдини олган маъқул. Биз ҳам “оммавий маданият” нинг салбий жиҳатларини касаллик деб олсак, унинг олдини олиш учун бой тарихимиз, кадриятларимизни ўрганиш деб биламиз. Урф- одатларимизга муҳаббат руҳидаги тарбия билан мафкуравий иммутетни ҳосил қиламиз. Бу борадаги ишларда ёш боланинг тарбияси муҳим қадам ҳисобланади. Ота- она, ўқитувчи, мактаб педагог – психологлари боланинг қизиқишлари, унда бўладиган ўзгаришларни дарҳол англай олишлари ва бартараф этиш чора- тадбирларини кўрмоғи лозим.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАГАЗОВАННОСТИ УЧАСТКОВ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К ОСНОВНЫМ МАГИСТРАЛЯМ ГОРОДА

Худоярова А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Загрязнение атмосферы это не только социальная проблема, но и медицинская. Вещества, загрязняющие атмосферу можно отнести к химическим, физическим и т.д. классам, каждый из которых действует на организм человека вплоть до снижения иммунитета. Известно, что вещества загрязняющие атмосферу принадлежат к двум источникам, это стационарные и передвижные источники. Передвижных источников, а именно автомобилей, становится все больше и больше на территории города и конечно они способствуют постоянно поступлению в атмосферу города газообразных, аэрозольных, твердых частиц и создают обстановку стабильно высокого уровня шума. Автомобильный транспорт вносит наибольший вклад в загрязнение воздуха городов. Сегодня положение, к сожалению, не изменилось в лучшую сторону и требует тщательного изучения в различных направлениях данного вопроса.

Целью нашего исследования было изучение роли зеленых насаждений в формировании благоприятной среды обитания в городе Андижане.

Для осуществления выбранной нами цели перед нами были поставлены следующие **задачи:**

- изучить качественный состав воздуха на территориях, прилегающих к основным магистральным улицам города в часы пик;
- изучить корреляционную зависимость между интенсивностью движения, временем суток и уровнем загрязнения воздуха;
- разработать пути решения проблемы загрязнения воздуха в городе.

Объектом исследования нами были выбраны автомобильные магистрали общей протяженностью 20км, в кольце которых располагается основная часть города. В ходе изучения производили забор воздуха в часы пик утром (от 08.00 до 10.00 часов) и вечером (от 17.00 до 19.00 часов). В соответствующих порциях воздуха замерялась температура, влажность, техногенная загрязненность, шумовая и световая загрязненность.

Полученные нами результаты качественного состава воздуха показали значительный процент загрязнения, как токсичными компонентами, так и канцерогенными компонентами, составляющими структуру выхлопных газов используемых населением автомобилей. Среди них отмечается высокий процент азота (74-77,06%), паров воды (3-5,506%), диоксида углерода (5-12,06%), свинца. Из канцерогенных компонентов – бензоприена (0,01-0,02мг/м³) и сажи (0-0,04г/м³).

Тепловой стресс на основании индекса дискомфорта (ИД) классифицировался в утренние часы пик как слабый, а в вечерние часы пик как умеренный.

В заключение необходимо отметить, что ввиду наличия положительной корреляционной зависимости ($r=+0,7$) между интенсивностью движения, временем суток и уровнем загрязнения воздуха нами были предложены пути решения проблемы загрязнения воздуха в городе:

- расширение зон зеленых насаждений в виде деревьев, кустарников и газонов;
- учет плотности высадки деревьев и кустарников и ярусности насаждений для создания хорошо продуваемых пространств. Учитывая данные особенности техногенного и природного взаимоотношения, мы можем снизить уровень световой, шумовой, техногенной загрязненности и улучшить качество жизни горожан, а так же на много снизить заболеваемость среди трудоспособного населения города.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТИ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЁ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

Худоярова А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Поджелудочная железа достаточно важная часть в системе пищеварения организма и проблемы происходящие в её экзогенной и эндогенной частях не теряют актуальность до сегодняшнего дня. Исследователей всегда интересовало участие всех механизмов управления синтетическим и секреторным процессом в данной железе. Тем более, что широкий спектр заболеваний связан с этими процессами. Протоковая система поджелудочной железы не должна рассматриваться как пассивная система трубочек, выводящих секрет в просвет двенадцатиперстной кишки под секреторным давлением дуктулоцитов и ациноцитов. Протоковая система имеет сократительные элементы, активные и пассивные клапаны, снабжена рецепторами (в основном механорецепторами) сенсорных нейронов и апудоцитами. Наличие таких сенсоров может свидетельствовать о контроле секреции поджелудочной железы с её протоковой системы.

Учитывая актуальность данной проблемы, перед нами были поставлена **цель**, изучить влияние на морфофункциональную активность поджелудочной железы изменение гидростатического давления в протоках железы.

Учитывая тот факт, что протоковая система железы содержит механорецепторы в дизайне нашего исследования мы использовали моделирование повышенного и пониженного (отрицательного) давления в главном протоке железы, что позволяло моделировать развитие достаточно сложных осложнений в железе, вплоть до панкреатита. Маркерами изменения функционального состояния железы были активность гидролитических ферментов самого секрета поджелудочной железы и дополнительно исследовали кровь и мочу у беспородных собак средним весом до 12 кг. Анализ полученных результатов позволил утверждать, что при повышении гидростатического давления в протоках железы объем секрета поджелудочной железы постепенно и достоверно уменьшается. Каждое повышение гидростатического давления в протоке на 5 мм.рт.ст. приводило к снижению объема секреции в среднем на $10 \pm 0,5$ мл секрета.

Рассматривая результаты ферментативной активности крови, мочи и панкреатического секрета можно заметить характерную зависимость между гидростатическим давлением и активностью ферментов в различных субстратах. С каждым повышением давления активность ферментов в панкреатическом секрете снижается и особенно выражено это снижение на последних часах эксперимента. В панкреатическом секрете наиболее выраженное снижение отмечается у бикарбонатов.

Картина ферментативной активности крови и мочи имеет противоположную направленность, а именно амилаза, липаза – это ферменты, которые имеют средние величины, однако общий белок и бикарбонаты дают значительно отличающиеся высокие показатели активности в крови и моче.

Таким образом, данные изменения в секреции и активности панкреатических ферментов говорят об уклонении ферментов в кровь и имеют практическое значение в диагностике степени выраженности поражения поджелудочной железы. Так же можно с уверенностью говорить о существующих механизмах саморегуляции секреции непосредственного с протоковой системы железы.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕГРАДУЛЯЦИИ АПУДОЦИТОВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГОЛОДАНИИ

Хусанов Э.У., Коржавов Ш.О.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Морфологические основы участия апудоцитов диффузной эндокринной системы в местной регуляции внутренних органов изучено недостаточно, хотя роль и значение вырабатываемых ими биологически активных веществ (пептидные гормоны) физиологическими и клиническими исследованиями бесспорно доказаны. Гастродуоденальная зона (ГДЗ) содержит высокую плотность распределения апудоцитов – эндокринных клеток диффузной эндокринной системы.

Цель исследования: изучение морфологические основы секреции (дегрануляции) апудоцитов ГДЗ кроликов и морских свинок в норме и в экспериментальном голодании.

Материалы и методы исследования. В качестве подопытных животных использовали по 5 штук кроликов и морских свинок. Материал фиксировали в жидкости Буэна. Парафиновые срезы ГДЗ обработаны азотнокислым серебром по Гремелиусу. Замороженные срезы из фиксированного в 12 % нейтральном формалине материала импрегнированы азотнокислым по методу Бильшовского – Гросс, в модификации нашей лаборатории.

Результаты исследование. Результаты наших исследований показали наличие в составе эпителия ампулы ГДЗ морских свинок и кроликов значительное количество апудоцитов, которые импрегнируются с разной степенью интенсивности в зависимости от наличия секреторного груза в цитоплазме. Это зависит от того, в какой фазе секреторного цикла клетка находилась в момент взятия материала. Если клетка попала в препарат в фазе накопления секрета, то в зависимости от количества и локализации секрета в цитоплазме клетка имеет разную форму и очертания. Часто синтезированный клеткой секрет локализуется в базальной части клетки и тогда импрегнируются именно эта часть клетки. Если в клетке очень мало или отсутствует секреторный груз, то виден только силуэт клетки в виде клеточной тени. «Во весь рост» видны те апудоциты, цитоплазма которых заполнена секретом, или клетки, попавшие в препарат перед дегрануляцией. У таких клеток вся цитоплазма импрегнирована и апикальный конец образует утолщение в виде конца барабанной палочки вблизи поверхности эпителия. Иногда такие утолщения выступают на поверхности эпителия.

Нами обнаружены множество случаев базальной дегрануляции апудоцитов в ГДЗ морских свинок и кроликов. В этих случаях около базальной поверхности клеток расположены гранулы разного размера и формы, имеющие такой же цвет интенсивность импрегнации, как секрет внутри цитоплазмы апудоцитов. Плотность расположения гранул наибольшая около клетки и постепенно уменьшается по мере удаления от нее. Гранулы «рассыпаны» на разные расстояния от клетки, по мере удаления от клетки уменьшается их количество и степень импрегнации. Некоторые гранулы тонкой перемычкой связаны с клеткой, некоторые вплотную прилегают к ней. Основное количество гранул отделены от клетки и расположены около базальной ее части, иногда вблизи боковых поверхностей базального отдела. Необходимо отметить, что такое явление отмечается только в определенном количестве апудоцитов. В некоторых случаях из двух рядом расположенных клеток с одинаковой степенью импрегнации, в одной может быть дегрануляция, а у другой – нет. Также следует отметить, что дегрануляция во всех случаях наблюдается из базальной ее части. При экспериментальном голодании в ранние сроки (1 – 2 суток) наблюдается блок экстрюзии апудоцитов ГДЗ и почти все клетки импрегнируются интенсивно и видны «во весь рост». Это приводит к выявлению всех клеток. Начиная с 3 – 4 суток наблюдается всеобщая дегрануляция эндокринных клеток. Количество дегранулирующихся апудоцитов увеличивается по сравнению с контрольными группами лабораторных животных. Морфологическая картина дегрануляции апудоцитов контрольных и экспериментальных животных особых отличий не имеет.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные результаты, можно прийти к заключению о том, что апудоциты диффузной эндокринной системы обладают паракринной дегрануляцией, при этом гранулы секрета выделяются из базальной части клетки. Доказательством того, что гранулы выделяются из клетки, является наличие непосредственной связи некоторых гранул с клеткой, т.е. неполное их отделение, и плотное прилегание отдельных гранул к оболочке клетки, одинаковая импрегнация и одинаковый цвет гранул, находящиеся вне клетки с секреторной массой цитоплазмы апудоцитов. Следовательно, дегрануляцию (паракринную секрецию) апудоцитов ГДЗ можно наблюдать и на светооптическом уровне.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Хусинова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Исследование качества жизни (КЖ) выступает одним из наиболее часто используемых и известных способов оценки развития хронических заболеваний. В соответствии с национальными клиническими рекомендациями по диагностике, лечению, профилактике ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (2017) возрастает актуальность, социальная значимость изучения качества жизни лиц с ожирением. В настоящее время увеличивается число больных ИБС, возрастает влияние ожирения на продолжительность жизни, повышается вероятность роста других хронических заболеваний. Многие коморбидные больные пребывают в состоянии хронического стресса, что создает эмоционально-аффективные и психовегетативные нарушения, снижает самооценку. Зависимость ожирения и ухудшения показателей качества жизни больных с ИБС изучена не в полной мере, как и влияние некоторых других неблагоприятных факторов, определяющих качество жизни при коморбидности ожирения и ИБС.

Цель исследования: провести клинический анализ влияния ожирения на показатели качества жизни у пациентов с ИБС на фоне абдоминального ожирения

Материал и методы: Проведено проспективное исследование в семейных поликлиниках № 3, 4 и 12 г.Самарканда. Изучено выборочно амбулаторные карты 80 больных из них 38 мужчин (47.5%) и 42 женщин (52.5%). Набор пациентов проводился параллельно в три подгруппы, разделенных по показателю ИМТ согласно критериям ВОЗ: подгруппы с ожирением 1, 2 и 3-й степени. Численность каждой подгруппы при завершении исследования составила 20 человек. В контрольную группу включено 20 пациентов с ИБС, не страдающих ожирением. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование по протоколу, включавшее определение антропометрических показателей — массы тела, роста, окружностей талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 и подсчетом значений двух интегральных шкал — физического и психического компонентов.

Результаты исследования: У пациентов с ИБС на фоне абдоминального ожирения отмечалось значительное снижение показателей качества жизни в сравнении с контрольной группой по всем шкалам опросника SF-36 и обоим суммарным шкалам. При этом среди пациентов основной группы отмечалась значительная вариабельность показателей качества жизни, значения суммарных компонентов качества жизни варьировали от 25 до 52 баллов по шкале физического компонента и от 22 до 60 — по шкале психического. Полученные данные свидетельствуют, что внутри группы больных с ИБС на фоне ожирения, действуют факторы, снижающие качество жизни. Пациенты основной группы были разделены по медианам PCS и MCS на 4 подгруппы: в 1-ю подгруппу вошли пациенты с худшими результатами по обоим показателям - пациенты с ИБС и ожирением IIст.; во 2-ю — с относительно лучшими значениями MCS и худшими PCS- ИБС и ожирением IIст; в 3-ю —пациенты с худшими значениями MCS и лучшими PCS- ИБС и ожирением Iст и в 4-ю подгруппу —с наилучшими результатами по обоим суммарным шкалам - контрольная группа. Снижение величины суммарного психического компонента было связано в наибольшей степени с нарушением ролевого

эмоционального функционирования ($p < 0,0001$), а также с нарушением социального функционирования и психического здоровья. Суммарный физический компонент в наибольшей степени был связан с уровнями физического функционирования (ФФ) и ролевого физического функционирования (30 vs 63 баллов для физического функционирования и 5 vs 40 баллов для физического ролевого ($p > 0,0001$)). При анализе ответов пациентов на вопросы опросника SF-36 было выявлено, что снижение суммарного физического компонента качества жизни связано с затруднениями в выполнении умеренных повседневных физических нагрузок.

Заключение: Полученные данные оценки качества жизни показывают, что наличие ожирения у больных ИБС явилось основной причиной ухудшения показателей качества жизни пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МОНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ БИОХИМИИ

Чалабоева З.М., Шавкатжонов З. А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Формирование и развитие предметной монологической речи студентов на начальном этапе изучения биохимии является актуальной проблемой в методике обучения. Одно из возможных направлений в ее решении — использование цифровых образовательных технологий, в частности, опорных схем, содержащих интерактивные элементы и анимацию.

Материалы и методы. Термин «опорный сигнал» в педагогическую практику ввел известный педагог-новатор В.Ф. Шаталов. Содержание и методику использования опорных сигналов и схем в кафедре химической образования разрабатывают Шавкатжонов З.. Эти средства обучения отличаются тем, что включают образный план излагаемого материала, разбитого на блоки информации, в которых учебное содержание представлено в наглядной и компактной форме с помощью рисунков и условных знаков, расположенных в определенной логической последовательности, вытекающей из содержания темы.

Цель изучения. Влияние современных цифровых технологий на формирование и развитие предметной речи во первокурсников при обучении биохимии были разработаны анимированные опорные схемы, содержащие интерактивные компоненты. Созданные ресурсы соответствовали известным дидактическим и методическим принципам.

Решение. Мы предположили, что использование интерактивных опорных схем на уроках биохимии позволит эффективно сформировать и развить предметную речь студентов. Педагогический эксперимент по проверке гипотезы проводился у студентов I-х курсов 103-группы АГМИ.

Контрольная группа (КГ) включала 22 человека, экспериментальная (ЭГ) — 24 человека. В обе группы вошли учащиеся с различным уровнем сформированности знаний, предметных и общеучебных умений, с разной степенью устойчивости познавательного интереса. В каждой группе были выделены три подгруппы: I — мотивированные учащиеся, проявляющие повышенный интерес к предмету, успевающие на «отлично»; II — учащиеся, не испытывающие затруднений при изучении биохимии, успевающие на «хорошо» и «отлично»; III — учащиеся, проявляющие пониженный интерес к изучению предмета, испытывающие затруднения. Данные свидетельствуют о репрезентативности выборки КГ и ЭГ.

Состав контрольной и экспериментальной групп:

Экспериментальная I) 45% II) 25% III) 30%

Контрольная I) 35% II) 35% III) 30%

На констатирующем этапе эксперимента был проведен устный опрос учащихся по теме «Первоначальные биохимические понятия» с записью каждого ответа на диктофон и последующим изучением монологического речевого пласта. Анализ *лингвистического компонента* (ЛК) включал две характеристики: грамматически правильная речь (правильное образование форм слов, корректное согласование слов в словосочетании) и лексически грамотная речь (правильное употребление фразеологических оборотов, отсутствие тавтологии, «слов-паразитов»). Анализ *предметного компонента* (ПК) предполагал оценку правильного использования научных терминов, логики изложения и аргументации ответа, полноты изложения и богатства предметной лексики.

На формирующем этапе эксперимента анализировались монологи учащихся по теме «Спирты, Оксиды, Альдегиды». В ЭГ первокурсники использовали анимированные опорные схемы с интерактивными компонентами. Во время ответа с помощью компьютерной мыши ученики могли выбирать необходимые элементы схемы — опорные сигналы, при этом открывались новые информационные блоки с анимированными изображениями и видеофрагментами (без звука). В КГ студенты выстраивали свой рассказ по статичной опорной схеме (на бумажном носителе), включающей все элементы анимированного аналога, использованного в ЭГ.

Для каждой подгруппы были подсчитаны средние баллы соответственно по темам: «Первоначальные биохимические понятия» (ПБП) и «Спирты, Оксиды, Альдегиды». Динамика изменения средних баллов показана на динамике изменения степени владения лингвистическим (ЛК) и предметным (ПК) компонентами.

Видно, что исходный уровень владения как ЛК, так и ПК возрастает от III к I подгруппе. Наблюдается устойчивый прирост речевых умений ЛК и ПК учащихся в обеих группах. Прирост ЛК увеличивается от I к III подгруппе. Для учащихся одной подгруппы.

Наибольший прирост ПК у представителей II подгруппы, чуть меньше — I подгруппы. Причем, прирост ПК в ЭГ выше, чем в КГ, т.е. показатели развития речевых умений восьмиклассников, которые отвечали не по статическим картинкам, а по динамическим анимированным моделям с интерактивными компонентами, были выше.

Выводы. Таким образом, исследование показало наличие положительной связи между использованием интерактивных компонентов и развитием монологической речи у школьников с высоким исходным уровнем сформированности речевых умений. Однако у учащихся III подгруппы ЭГ, проявляющих пониженный интерес к

изучению предмета, испытывающих затруднения в обучении, наблюдалось снижение (небольшой отрицательный прирост) степени владения ПК.

ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Чартаков Д.К., Маматалиева М.А., Алибеков О.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: В настоящее время укрепление здоровья населения как политическое и стратегическое направление в здравоохранении в прогрессивно развивающемся обществе получает все большее признание.

Целью нашего исследования явилось изучить связь распространенности сердечно - сосудистых заболеваний и их факторов риска с дисбалансом содержания в крови макроэлементов - дизиионией среди населения Ферганской долины.

Материал и методы: Для изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и их связи с дизиионией проведено одномоментное эпидемиологическое исследование. Применялись следующие методы: опрос по специальной «Анкете по комплексному изучению и выявлению сердечно-сосудистых заболеваний среди населения»: измерение артериального давления, антропометрия, электрокардиография, флюорография, биохимические исследования по определению микроэлементов в крови на абсорбционных спектрофотометрах типа ААС-3 и ААС-1. Связь дизиионии, нарушение микроэлементного статуса в сторону уменьшения или увеличения в сыворотке крови с распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний измерялась и оценивалась по методике Раузова Н.Н.

Результаты и обсуждение: Из факторов, способствующих формированию сердечно-сосудистых заболеваний, можно выделить дисбалансы кальция, магния, фосфора, калия и железа в крови обследованных людей.

Анализ данного материала выявил наличие статистической достоверной связи дизиионии с указанными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. С помощью параметрических статистических методов анализа (критерии Стьюдента, дисперсионный анализ, линейная регрессия, корреляция) произведен расчет относительного риска наличия сердечно-сосудистых заболеваний и связи с некоторыми факторами риска.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой информативности дизиионии наряду с другими факторами риска в развитии сердечно - сосудистых заболеваний населения Ферганской долины. Это означает, что наряду с другими факторами риска следует учитывать состояние микроэлементного статуса крови при организации лечебно-профилактических мероприятий среди населения, также результаты исследования могут быть включены в основу разработки региональной программы профилактики и лечения сердечно - сосудистых заболеваний в регионе Ферганской долины.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют об истинной распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей Ферганской долины.

ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОСНОВНЫХ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

*Чартаков Д.К., Маматалиева М.А., Алибеков О.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Одним из приоритетных направлений деятельности нашего государства в области здравоохранения является охрана здоровья матери и ребенка, в том числе оздоровления женщин фертильного возраста и беременных в рамках государственных программ «За здоровое население» и «Охрана материнства и детства».

Целью исследования явилось изучить связь распространенности экстрагенитальных заболеваний и их факторов риска с дисбалансом содержания в крови макроэлементов - дизиионией, а также частоту экстрагенитальных заболеваний среди женщин Ферганской долины в возрасте 15-49 лет.

Материал и методы: Для изучения распространенности экстрагенитальных заболеваний и их связи с дизиионией проведено одномоментное эпидемиологическое исследование в репрезентативной группе женщин 15-49 лет численностью 1087 человек. Связь дизиионии с нарушением микроэлементного статуса в сторону уменьшения или увеличения в сыворотке крови с распространенностью экстрагенитальных заболеваний и их факторы риска измерялась и оценивалась по методике Раузова Н.Н.

Результаты и обсуждение: Распространенность дизиионии среди всех обследованных женщин 15-49 лет составляет 21,8%. Наиболее высокий уровень частоты дизиионии обусловлен кальциодизиионией (30,0%), фосфородизиионией (29,7%), хлородизиионией (23,3%), магниодизиионией (18,8%) и ферродизиионией (18,6%). Сравнительно реже выявляются натриодизииония (15,8%) и калий дизииония (16,1%). В целом частота нарушений микроэлементного статуса варьировала от 15,8% до 30,0% среди популяции.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой информативности дизиионии наряду с другими факторами риска в развитии экстрагенитальных заболеваний среди женского населения Ферганской долины. Среди обследованных женщин 15-49 лет распространенность основных экстрагенитальных заболеваний составляет 50,7%. Наибольшую частоту выявления имеют болезни желез внутренней секреции (18,2%), сердечно-сосудистые заболевания (17,7%) и болезни органов пищеварения (7,5%). Сравнительно редко встречаются болезни мочевыделительной системы (4,7%), хронические обструктивные заболевания легких (4,2%) и хронические гематологические заболевания (1,6%). Распространенность экстрагенитальных заболеваний увеличивается с возрастом. Частота болезни органов пищеварения возрастает от 4,7% в 15-19 лет до 11,6% в 40-49 лет ($p < 0,01$). Число женщин с хроническими обструктивными заболеваниями легких особенно много в возрасте 40-49 лет (21,6%).

Выводы: Результаты показали важное значение дизиионии в развитии и распространенности экстрагенитальных заболеваний среди женщин фертильного возраста.

ДИЗИОНИЯ И ЕЁ СВЯЗЬ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Чартаков Д.К., Маматалиева М.А., Алибеков О.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дизииония, как фактор риска малоизученного, оказывает чрезвычайно важное влияние на всех этапах формирования экстрагенитальных заболеваний.

Цель исследования - эпидемиологически изучить дизиионию и ее связь с распространенностью основных доинсультных цереброваскулярных заболеваний среди женщин фертильного возраста Ферганской долины. **Материал и методы исследования:** Изучена дизииония 197 женщин с доинсультными цереброваскулярными заболеваниями женщин фертильного возраста г.Андижан. Методом абсорбции на спектрофотометрах типа АА3-З и АА5-ИН определяли основные макро- и микроэлементы (натрий, калий, кальций, магний, хлор и фосфор) в плазме крови.

Результаты и обсуждение: Дизииония выявлена у 197(21,8%) обследованных, причем кальциодизииония у 30% [содержание кальция ниже нормы у 28,5% и выше нормы у 1,5% ($P<0,001$)]; фосфородизииония - у 29,7%, магниодизииония у 18,8%, ферродизииония - у 18,8%, на триодизииония у 15,8%, калиодизииония у 16,7%. У обследованной популяции женщин в возрасте 15- 49 лет частота нарушения микро- и макроэлементного статуса варьировала от 16,1 до 30%, причем своеобразный "пик" микро- и макроэлементного дисбаланса приходился на младшие возрастные группы. Обнаружено, что распространенность всех дизиионий, кроме хлородизиионии, неуклонно нарастает с увеличением числа детей в семье, достигая максимума у женщин, которые имеют шесть и более детей ($P < 0,001$). Калиодизииония в связи с ДЛП отмечена у 20,1% женщин, в связи с А 30,1%, в связи с ИМТ- у 8,9% ($P<0,05$); ферродизииония - соответственно у - 19,1 и 3,5% ($P<0,05$); магниодизииония - у ($P<0,01$), 10,5 и 5,4% ($P<0,05$); хлородизииония 28,2% ($P<0,01$), 17,8% ($P<0,05$) и 12,5% ($P<0,05$); фосфородизииония - у 39,6% ($P<0,01$), 2 ($P<0,05$) и 23,2% ($P<0,02$)

Достоверные различия показателей частоты цереброваскулярных заболеваний среди женщин в связи с изменениями макро- и микроэлементного гомеостаза наблюдались в возрастной группе 30-39 лет. В возрастной группе выше 40 лет констатируется максимальное число случаев цереброваскулярных заболеваний и дизиионии, кроме магниодизиионии.

Из представленных данных следует, что относительная вероятность наличия доинсультных цереброваскулярных заболеваний выше при артериальной гипертензии, достоверно ниже - при избыточной массе тела ($P<0,01$) и в 4,5 раза меньше чем при артериальной гипертензии и в 2 раза меньше, чем при избыточной массе тела, при дизиионических состояниях и всех остальных факторах риска.

Выводы: дизиионию следует включить в структуру факторов риска как один из ведущих факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний и при скрининговых исследованиях необходимо определять электролитный статус в сыворотке крови.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА КАРДИАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИИ ЛЮДЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В АВТОМОБИЛЕСТРОЕНИИ

Чартаков Д.К., Алибеков О.О., Маматалиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди сердечно - сосудистых заболеваний наиболее распространенным является острая ишемическая болезнь сердца, приводящая к преждевременной инвалидности и сокращению продолжительности жизни.

Цель исследования: изучение эпидемиологических условий формирования основных кардиальных патологий у популяции автомобилестроителей г.Андижан.

Материалы и методы. Методом сплошного эпидобследования было обследовано 400 человек, работающих на СП «Уз ТОНГ ХОНГ Ко» Андижана. Возраст обследованных - от 20 до 49 лет.

Результаты: У работников СП «Уз ТОНГ ХОНГ Ко» имеются следующие показатели факторов риска: шум-100%; пыль-100%; контакт с химическими соединениями-60,3%; употребление алкоголя-31,6 %; курение-62,8 %; низкая физическая активность-17,7%; тяжёлый физический труд-64,4%; АГ-19,8%. Они способствовали развитию сердечно - сосудистых заболеваний.

При судебно-медицинской экспертизе выявлены стенозы коронарных сосудов на $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ части наблюдались у 70% больных с ВКС. Наиболее часто стенозы (3/4 случаях) наблюдались в нескольких коронарных артериях, меньше в одной коронарной артерии (1/4 случаях). В 1 случае отмечен первичный инфаркт миокарда с тромбозом коронарных сосудов. Более тяжелое поражение коронарных артерий у лиц с высоким уровнем холестерина в крови и артериальной гипертензии (стенозы сосудов на $\frac{3}{4}$ просвета). При аутопсии они проявлялись стенозирующим атеросклерозом венечных артерий сердца, тромбозом венечных артерий, гипертрофией сердца с дилатацией полости левого желудочка, инфарктом миокарда, контрактурой повреждённых кардиомиоцитов. При гистологических исследованиях отмечено гиперконтрактивное положение групп кардиомиоцитов, их коагуляционный некроз, до 80% случаев дегенерация, извитость и волнистость и фуксинофилия кардиомиоцитов.

Выводы: Практически 100% рабочих-автомобилестроителей нуждаются в первичной и вторичной профилактике. Считается целесообразным существование специальных профилактических программ сердечно - сосудистых заболеваний по поддержке рабочих автомобильного производства.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ И ЕЁ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ РУСЛО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Чартаков К.Ч., Хамракулов Ш.Х., Чартакова Х.Х., Хужаков М.О.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Данная работа является этапом изучения лимфатической системы желудочно-кишечного тракта в условиях патологии. В результате исследования установлены характер и степень нарушения и восстановления пищеварения после резекции желудка.

Изучение просветленных препаратов показало, что на 3-7 сутки после резекции желудка происходит расширение капилляров и сосудов с увеличением объема лимфатического русла тонкой кишки.

Лимфатические капилляры слизистой оболочки и подслизистой основы образуют мелкопетлистую сеть, на их стенках обнаруживаются слепы выросты, лакуны в местах слияния капилляров расширены и нередко деформированы. Такие же изменения со стороны лимфатических сосудов. Благодаря их расширению происходит увеличение диаметра лимфатических сосудов всех порядков, уменьшение расстояния между клапанами (0,25-0,002). В местах слияния сосудов лакуны расширены (0,080x0,050мм $p < 0,002$), как на капиллярах, так и сосудах обнаруживаются боковые выпячивания, (длина 0,068 – 0,0022 мм, $p < 0,001$) имеющие то пальцевидную, то булавовидную форму.

Изучение просветленных препаратов, приготовленных на 30 сутки после резекции желудка, свидетельствует о том, что продолжается дальнейшая морфологическая перестройка внутриорганный и внеорганный лимфатического русла тонкой кишки. Более существенными представляются изменения строения внутриорганных лимфатических сосудов (0,035-0,002мм, $p < 0,001$), особенно слизистого и подслизистого слоя. Сеть лимфатических капилляров и сосудов обильна и общий сосудистый рисунок представляется интенсивно развитым.

Патогистологические изменения стенки тонкой кишки, развивающиеся в ранние сроки после резекции желудка, проявляются отеком слизистой оболочки и подслизистой основы, изменением формы и размеров ворсинок и крипт, а также гемоциркуляторными расстройствами (расширение и полнокровие венозных сосудов)

В позднем послеоперационном периоде при наличии указанных изменений в стенке кишки развиваются дистрофические процессы, развивающиеся на фоне сосудисто – нервной травмы при резекции желудка.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Чартаков К.Ч., Чартакова Х.Х., Хамрокулов Ш.Х., Тожибоева Н.Л.,
Андижанский государственный медицинский институт*

В целях изучения влияния операции нами у 10 собак исследовались стенки тонкой кишки после резекции желудка, выполненной методом Гофмейстера-Финстерера.

В ранние сроки после резекции желудка наблюдаются патоморфологические изменения стенки кишки в виде отека слизистой, изменений форм ворсинок и крипт.

Гипертрофия отдельных ворсинок слизистой сочетается с уменьшением их количества на определенной площади; покровный эпителий ворсинок содержит множество бокаловидных клеток, крипты его укорочены и расширены. В строме ворсинок и крипт наблюдается диффузная, преимущественно лимфоидная инфильтрация. Апоикальная часть цитоплазмы призматических клеток многих крипт и отдельных ворсинок дает резко положительную ШИК-реакцию. В гипертрофированных ворсинках, в апоикальных частях клеток и в зоне каемки отмечается высокая активность щелочной фосфатазы.

В более поздние сроки после операции сохраняются признаки воспаления слизистой (отек, некоторые гемодинамические расстройства, а также явления деструкции эпителия).

Однако при этом отмечается увеличение размеров ворсинок и крипт, количества бокаловидных клеток уменьшается высота призматических клеток, щелочная каемка утолщается и четко контурируется, особенно в поверхностном эпителии. Некоторые ворсинки спаяны между собой, главным образом в области вершин. Между спаянными ворсинками образуются своеобразные карманы, содержащие слизь, в которой выявляются нейтральные гликозаминогликаны. Сохраняется очаговое полнокровие сосудов, уменьшается клеточная инфильтрация.

МЕХАНИК АСФИКСИЯЛАРНИНГ (ОСИЛИШЛАР) ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

*Шакиров С., Маматалиева М.А., Нурматов Х.,
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Ривожланган давлатларда 15-29 ёшдаги инсонларда ўз – ўзини осиб ўлдириш ўз жонига қасд қилишнинг 50%-гача миқдорини ташкил этади. Зўраки ўлимларнинг 30%ни механик асфиксиялар ташкил этиб, унинг 65%га яқинини осилишлар ташкил этади.

Ишнинг мақсади. Андижон вилояти аҳолиси ўртасида 2015-2019 йиллардаги механик асфиксиялардан(осилиш) ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот объектлари. ЎР ССВ РСТЭИАМ АФ рўйхатидан ўтган 2015-2019 йиллардаги механик асфиксиялардан(осилиш) ўлган 200 нафар 10 ёшдан 65 ёшгача бўлган мурдаларнинг архив материаллари.

Тадқиқот натижалари. Осилишлар кўпроқ 15-25 ёшда, эркак жинсидаги, аниқ бир қасб билан шуғулланмайдиган инсонларда кўрилди. Странгуляцион эгатлар кўрилганда асосан тўлиқ осилишлардаги морфологик манзаралар устун турди.

Осилишни бажарган шахсларни асосий қисми эмоционал ва ижтимоий ахволи ностабил, айримларида оғир соматик касалликлар кузатилган.

Умумий қилиб олинганда осилишлардан ўлим ўғил болалар, эркалар 65%, аёлларда 35%ни ташкил этган. Бу кўрсаткичлар адабиётларда кўрсатилган маълумотлардан (86%-эркалар, 14%-аёллар (Sovijanski M., 1972)) фаркланди.

Кейинги йилларга нисбатан эркалар ва аёлларда «кичикроқ» ёшда ўлим ҳолатлари кўпроқ кузатилди. Катта ёшдаги эркаларни ўз-ўзини ўлдириш ҳолатлари камайди, аёлларда эса у кузатилмади.

Осилишлар кўпроқ эрталаб ва кундузи, йилнинг апрель, август ва октябрь ойларида, хафтанинг шанба - душанба кунларида кўпроқ кузатилди. Странгуляцион эгат асосан (3/4 ҳолатларда) ҳиқилдоқдан юкорида бўйиннинг орқа ярмида жойлашганлиги кайд этилди. Амюссе белгиси - ¾ қисм текширувларда кузатилди. Суд гистологик текширув странгуляцион эгат, ички аъзолари тўлақонлилиги, шишлар, диапедез кон қуйилишлар, ўткир юрак – кон томир етишмовчилиги белгилари, катта ёшли инсонларда юракнинг сурункали ишемик касалликлари белгилари, дистрофик ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса. Ўз жонига қасд қилиш ҳолатлари (осилишлар) сони ортиб боришга, ёшаришига мойиллик сезилмоқда.

АВТОҲАЛОКАТЛАРДА ҲАЙДОВЧИ ВА ЙЎЛОВЧИЛАРДАГИ ЖАРОҲАТЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ

*Шакиров С., Маматалиева М.А., Нурматов Х.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. БДССТ ва ҳалқаро йўл хавфсизлиги уюшмаси маълумоти бўйича 2020 йилда йўл транспорт ходисаси кўрсаткичи дунё бўйича 80%гача ўсиши, ўлим кўрсаткичи эса 2 млн.дан ошиб кетиши мумкин. БДССТ кўрсаткичлари бўйича 40 ёшгача бўлган инсонларда автоҳалокатлардан ўлим ҳолатлари биринчи ўринни эгаллайди.

Ишнинг мақсади. Тадқиқотда автоҳалокатлардаги контактли жароҳатларни 1-фазаларида учрайдиган танадаги ўзгаришларни статистик ўзига ҳослиги ўрганилди.

Тадқиқот объектлари. ЎР ССВ СТЭИАМ АФ рўйхатдан ўтган 2015-2019 йиллардаги автотравмалардан ўлган 500 нафар 10 ёшдан 85 ёшгача бўлган мурдаларнинг архив материаллари.

Текширув натижаси. «Нексия» автомашинасида автоҳалокатда жароҳатлар тананинг пастдан юкорига қараб ҳаракатланишида 20%га яқин ҳайдовчиларда бош мия ва кўкрак қасаси, қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликдаги шикастлари, олдинги ўриндикдаги йўловчиларда эса бу кўрсаткичлар - 15%га яқин, орқа ўриндикдаги йўловчиларда бу кўрсаткичлар -2-4% бўлганлиги кайд этилди.

«Дамас» автомашинасида автоҳалокатда тананинг орқадан - олдинга томон ҳаракатланишида 17-35%га яқин ҳайдовчиларда бош мия ва кўкрак қасаси, қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликдаги шикастлари, олдинги ўриндикдаги йўловчиларда эса бу кўрсаткичлар - 19-30%гача, орқа ўриндиклардаги йўловчиларда бу кўрсаткичлар -2-5% бўлганлиги кузатилди.

Хулоса: Автомобиль салони ичидаги шикастларда ҳайдовчи ва олд ўриндикдаги йўловчида жароҳатлар тананинг олд ва икки ён юзларида жойлашиб ва улар салон ичидаги бўртиб турган ёки ясси юзали қисмлари таъсирида юзага келиши билан намоён бўлди.

АҲОЛИ САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИНИ ЗАМОНАВИЙ БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

*Шерқўзиева Г.Ф., Утепова Н.Б.
Тошкент тиббиёт академияси*

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги кунда соғлиқни сақлаш аҳолининг саломатлик кўрсаткичлари ривожланган мамлакатлар даражасига етказиш бугунги тиббиётнинг муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади. Маълумки, касалланиш аҳолининг саломатлик даражасига баҳо берувчи кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. Аҳолининг саломатлик ҳолатига энг аввало ташқи муҳит омиллари хусусан атмосфера ҳавоси, сув ва тупроқ салбий таъсир кўрсатади. Маълумотларга қўра бизнинг давримизга келиб атмосфера таркибидаги чанглар миқдори ўтган XX асрга нисбатан 20 % га ошган. Америка Қўшма штатлари атроф-муҳитни ҳимоя қилиш агентлиги маълумотларига қўра, одамлар сиҳат-саломатлигига хавф туғдирувчи захарли моддаларнинг аксарияти, шу жумладан углерод оксидининг 85–97 фоизи, углеводороднинг 55–75 фоизи ва азотнинг 46–63 фоизи мамлакат аҳолисининг яримдан кўп қисми яшайдиган шаҳарлардаги мавжуд автотранспорт воситаларидан чиқаётган ифлослантирувчи моддалар ҳисобига ҳосил бўлади.

Ўзбекистоннинг ўзига хос табиий иқлим шароитларига қўра, атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш ва оқилона фойдаланишга айниса муҳтож. Автомашиналар сонининг кескин ошиши, маиший чиқиндиларнинг кўпайиши, қишлоқ ҳўжалик майдонларида пестицидлар, минерал ўғитлар ва ўсимликларни ҳимоя қилиш воситаларини кенг қўламда қўллаш натижасида атмосферанинг ифлосланиш хавфи йилдан йилга ортмоқда. Атмосфера ҳавосининг соғломлаштириш бўйича тадбирлар ишлаб чиқилиши ва амалга оширилишида, унинг ҳақиқий ҳолати атмосфера ҳавосида ифлослантирувчи моддаларнинг руҳсат этилган миқдори меъёрлари билан солиштирилади. Бундай меъёрлар атмосфера ҳавоси ҳолатини баҳолаш учун қўлланилиб, қишлар соғлиги ва атроф-муҳитни муҳофаза қилиш манфаатларига жавоб бериши керак. Ўзбекистонда атмосфера ҳавосида меъёрлар барча ҳудудлар учун ягона бўлиб, зарур ҳолларда айрим районлар учун қатъий меъёр ўрнатилади. Атмосфера ҳавосининг табиий таркибини сақлаш ва турли техноген ифлосланишларнинг олдини олишда Ўзбекистонда кучли қонунчилик ишлаб чиқилган ва амалиётга тадбиқ этилмоқда, яъни энг аввало 2015 й 26 августда қабул қилинган “Аҳолининг санитария- эпидемиологик осойишталиги тўғрисида” ги, “Атмосфера ҳавосининг муҳофаза қилиш тўғрисида” ги қонунлардир. Хусусан 1997 йилда қабул қилинган “Атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш тўғрисида” ги қонуннинг 3- моддасида асосий вазифалар белгилаб қўйилган, яъни атмосфера ҳавосининг табиий

таркибини сақлаш, атмосфера ҳавосига зарарли кимёвий, физикавий, биологик ва бошқа хил таъсир кўрсатилишининг олдини олиш ҳамда камайтириш.

Тадқиқот мақсади: Биз юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси нафас олиш тизимига таъсирини ўрганишни мақсад қилиб олдик.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Атмосфера ҳавосининг экологик-гигиеник ҳолатини баҳолашда биз Ўзбекистон Республикасининг “Аҳолини санитария эпидемиологик осойишталиги тўғрисида” ги (2015 йил 26 август), “Атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш тўғрисида” (1996 йил 27 декабрь) ги қонунлари, ҳамда Сан Қ ва М № 0179-04 “Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги аҳоли яшаш жойларидаги атмосфера ҳавосидаги ифлослантирувчи моддаларнинг рухсат этилган концентрацияси РЭК рўйхати”, қонуний-меъёрий ҳужжатлардан фойдаландик. Олмазор туманидаги аҳоли яшаш жойлари атмосфера ҳавоси санитар гигиеник текшириш ва аҳолининг касалланиш ҳолати маълумотлари ҳисобланди.

Тадқиқот натижалар: Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, биз аҳоли яшаш жойларидаги атмосфера ҳавосининг экологик-гигиеник ҳолатини ва нафас олиш тизими касалликларини баҳоладик.. 2017 йилда атмосфера ҳавосини ифлосланиши даражасини баҳолаш мақсадида санитария кимёвий лаборатория томонидан жами 2576 та ҳаво намунаси олинган, ундан 361 таси гигиеник талабга жавоб бермаган. Бу 14,01% ни ташкил этади. 2576 та олинган ҳаво намуналари қуйидаги кўрсаткичлар бўйича текширилган Чанг - 786/350; олтингугурт IV оксиди - 60/-; углеводород оксиди - 659/11; азот оксиди - 659/-; водород сульфид - 2/-; қўрғошин - 164/-; формальдегид - 138/-; сульфат кислота - 106/-; хушбўй углеводородлар - 2/-.

Лаборатория назорати қуйидаги ишлаб чиқариш корхоналарида ўтказилди ва қуйидаги натижалар олинди: “ОНИКС” - 70/21 чанг; 46/- сульфат кислота аэрозоли; 70/- азот оксиди; 70/10 углеводород оксиди; 44/- қўрғошин. Агрегат заводи - 60/34 чанг; 60/- сульфат кислота аэрозоли; 60/- азот оксиди; 60/- углеводород оксиди; 60/- олтингугурт ангидриди буғи. “САННИРИ” 40/19 чанг; 29/- азот оксиди; 31/- углеводород оксиди. “БАЙТЕКС” - 80/43 чанг; 60/- азот оксиди; 60/1 углеводород оксиди. “ФАЙЗ-КАРЬЕР” 80/35 чанг; 60/- азот оксиди; 60/- углеводород оксиди, ёқилғи қуйиш шахобчаси 120/55 чанг; 120/- азот оксиди; 120/- углеводород оксиди; 120/- формальдегид; 120/- қўрғошин, чорраҳалар 80/39 чанг; 60/- азот оксиди; 60/- углеводород оксиди. “ТАШКЕНТ” мебел ишлаб чиқариш корхонаси 80/32 чанг; 60/- азот оксиди; 60/- углеводород оксиди. “СУВСАНОАТМАШ” 80/32 чанг; 60/- азот оксиди; 60/- углеводород оксиди, автомобил ювиш шахобчаси 66/28 чанг; 58/- азот оксиди; 58/- углеводород оксиди; 18/- формальдегид. 2017 йилда аҳолининг умумий сони 351504 ни ташкил этиб, уларнинг 46060 нафарида нафас олиш тизими касалликлари қайд этилди, улардан 24340 нафари аёлларни ташкил этди. Туман бўйича бирламчи касалланиш 38258 бўлиб, улардан 19380 нафари аёллар эканлиги аниқланди. Олинган натижаларни аҳоли гуруҳлари бўйича таҳлил натижалари қуйидагиларни кўрсатди: болаларнинг умумий сони 90589 бўлиб, уларнинг 52533 нафари нафас олиш тизими касалликлари билан касалланган, 11229 нафари кизлар, ўсмирларнинг умумий сони 16638 бўлиб, уларнинг 3502 нафарида касалланиш кузатилган, касаллик 2315 нафар кизда аниқланган.

Хулоса: Юқорида олинган натижалар шуни кўрсатадики, аҳоли яшаш жойларидаги атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражаси бўйича 2017 йилда олинган намуналарнинг 14,01% гигиеник талабларга жавоб бермаган, аҳолининг нафас олиш тизими касалликлари билан касалланишини беvosита атмосфера ҳавосининг ифлосланишига боғлаш мумкин.

ПЕДАГОГЛАРНИНГ КАСБИЙ КОМПЕТЕНТЛИГИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАЗМУНИ

Шоюнусова Н.Ш., Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х.

Анджон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Кадрлар тайёрлаш миллий дастурининг мақсади таълим соҳасини тубдан ислоҳ қилиш, ривожланган демократик давлатлар даражасида, юқсак маънавий ва ахлоқий талабларга жавоб берувчи юқори малакали кадрлар тайёрлаш миллий тизимини яратишдир.

Тадқиқот мақсади. Узлуксиз таълим соҳасида таълим тизимининг кадрлар салоҳиятини тубдан яхшилаш, тарбиячи, ўқитувчи, муаллим ва илмий ходимнинг касбий нуфузини ошириш муҳим ҳисобланади.

Тадқиқот материал ва усуллари. Дарҳақиқат, доимо янгиликка интилиб яшайдиган, ўз касбий салоҳиятини ошириш учун интиладиган, замон билан ҳамнафас бўлиб яшайдиган, жаҳон илғор тажрибаларидан кенг фойдаланидиган, миллат, халқ, ўз жамоаси манфаатларини ҳар томонлама муҳофаза эта оладиган кадрлар, шунингдек раҳбар кадрлар жамият равнақини таъминлашга қодирдир. 2017–2021 йилларда Ўзбекистонни ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясининг «Ижтимоий соҳани ривожлантиришнинг устувор йўналишлари» деб номланган тўртинчи йўналишининг тўртинчи бандида **таълим ва фан соҳасини ривожлантиришга доир вазифалар белгиланди.**

Тадқиқот натижалари. Хусусан узлуксиз таълим тизимини янада такомиллаштириш йўлини давом эттириш, сифатли таълим хизматлари имкониятларини ошириш, меҳнат бозорининг замонавий эҳтиёжларига мувофиқ, юқори малакали кадрлар тайёрлаш, таълим ва ўқитиш сифатини баҳолашнинг халқаро стандартларини жорий этиш асосида олий таълим муассасалари фаолиятининг сифати ҳамда самарадорлигини ошириш каби масалаларга катта эътибор қаратилди. Таълим муассасалари раҳбарларига қўйилган асосий талаблар асосида фаолият олиб бораётган шахслар ишда тўғри йўлни танлай олиш, вазиятни педагогик таҳлил қила билиш; вазиятдан тўғри чиқа билиш, ҳар бир ишга ижодий ёндашиш; ўзининг шахсий ибрати, ишга бўлган муносабати билан педагогик жамоани ўз ортидан эргаштира билиш; педагогик маҳорат ва бошқара олиш маҳорати, фан ютуқларини ўзлаштириш; янги ғоялар, ички имкониятларни кидириб топиб, уни амалиётга татбиқ этиш; умуммаданиятчилик, зиёилик, миллий кадриятларни кадрлаш; жаҳон маданияти дурдоналаридан хабардорлик, дунёқарашнинг кенглиги; меҳрибонлик, инсонпарварлик, шахсни ҳурмат қилиш; ҳар бир педагог ходимга унинг характери, имкониятлари ва эҳтиёжидан келиб чиқиб вазифа бериш; жамоа ишончига кириш, айтилган фикр, таклиф, қабул қилинган қарорнинг ўз вақтида бажарилишига эришиш; педагогик жамоа, таълим олдида турган вазифалар, мақсадлар, истикболни аниқ белгилаш; одамлар билан ўзаро самимий муносабат ўрнатиш, мулоқотга киришиш, жамоани ишонтира билиш; ёрдам бериш, ходимлар кайфиятини кўтариш, ихтиёрий-мажбурий ўз орқасидан

эргаштириш; хар бир ишнинг мукобил вариант-ларини эътиборга олиш ва амалга ошириш; мантикли, қисқа, лўнда, образли фикрлай билиш, фикрни қиёмага етказиш, ўз сўзамоллиги билан суҳбатдоши (ёки жамоа) қалбига кириш қабилар раҳбарда мужассам бўлмоғи керак; фидойилик, масъулиятлилиқ, поклик, қатъиятлилиқ, журъатлилиқ, жамоаси манфаати йўлида жонқуярлик кўрсатиш; меҳнатсеварлик, адолатлилиқ, ўзига ва ўзгаларга талабчанлик кўрсатиб, барчага намуна бўлиши қабиларга эътибор қаратиш керак.

Хулоса. Юқоридаги талаблар раҳбарнинг компетентлигини ташкил этади. Компетентлик тушунчаси нафақат аниқ билим ва қўникмалар, балки аниқ стратегия, мос эмоция ва муносабат, худди шунингдек, бутун бир тизимни бошқариш механизми мавжуд эканлиги талаб этиладиган мураккаб амалий масалаларни ҳал этиш билан боғлиқ.

ОИТС ГА ҚАРШИ ДАВО ЗАРДОБИ ОЛИШ МУМКИНМИ ЁКИ ЙЎҚ

*Юнусова Д.Д., Мамадиев М.Р., Рахмонов Р.Р., Аманов К., Қурбонова Н.К., Маннаббоева Г.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Шарқ мамлакатларида чечакдан сақлайдиган эмлаш бундан 200 йил аввал, аниқроғи 1796 йили Э Женкерга тегишлиги кўрсатилади, йирик қорамол чечаги вирусни одамларда чечакка қарши иммунитет ҳосил қилаолиши аниқланган. Бу эмлашнинг номи ҳам лотин сўзидан “вакка”- мол маъносидан келиб чиққан. Вакцинация одам ёки ҳайвон организмга вакцина юбориб, юқумли касалликларга қарши фаол иммунитет ҳосил қилиш усули деган маънони билдиради. Фақатгина 20 асрга келиб, чечак устидан тўлалигича ғалаба қозонилади. Полиомиелит, қутириш каби вирусли касалланганлар устидан ҳам эмлаш орқали ғалаба қозонилади. ОИТС устидан ҳам юқоридаги йўллар орқали ғалаба қозониш мумкинми? Бу ҳали очилмаган масалалар. Даво зардоби (вакцина) қуйидагича таъсир этади. Одам организмга зарарсиз ҳолатга келтирилган ёки ўлдирилган вирус киритилади. Вирус танаси юзасида антиген активлигига эга бўлган оксил ёки полисахаридлар сақланиб қолган бўлиши керак. Антиген организмнинг иммунологик жавоб беришга қақиради: сариқ илиқда ҳосил бўлувчи В-лимфоцитлар антитана деб аталувчи алоҳида иммуноглобулинлар оксилларни ишлаб чиқара бошлайди. Улар вируслар билан таъсирлашиб, уларга ҳавфсиз ҳолда ўтказилади. Бошқачасига олиб қарасак, ОИТС вирусини дастлабки хелперлари ва лимфонин оксилларини ишлаб чиқаради. Лимфонинлар биринчидан, В-лимфоцитлар ўсишини фаоллаштиради, иккинчидан, вируслар билан зарарланган хужайралар ютадиган макрофагларни ишга чорлайди.

Бу ерда қийинчилик шундан иборатки, ОИТС вируси унинг кўпайишини тўхтатадиган тизимга киришидир. Шунга қарамадан организм дастлаб вирусга қарши анчагина муваффақиятли курашади: вирус ташувчи антитана мавжуд бўлади, лекин вируснинг тез кўпайиши натижасида ҳосил бўлган кўплаб вирусларга улар етарли бўлмаслиги мумкин. Шунинг учун унутмаслик керакки, ДНК шаклидаги уқлаётган вирус (хўжасини одам ДНКси билан боғланиб олган вирус) иммун тизимга таъсир кўрсатмай қолмайди: иммун жавоб берадиган унинг оксил ёки полисахариддан иборат капсид қобиғи бўлмайди. Антитана ҳосил бўлиши учун албатта антиген бўлиши шарт. Шу сабабли ОИТС ни зардоб билан бутунлай (ҳозирги кунда) даволаб бўлмайди. Умуман олганда, ОИТС ни даволаш мумкин, лекин жуда ҳам қийин: бунинг учун барча хелперлар ва макрофагларни вируслар бош мия ва бошқа тўқималарни зарарланган вақтдаёқ қондан йўқотиш зарур. Бунинг уйдасидан чиқиш мумкин, қачонки агарда биз у вирусни ташувчи антитанани унинг ўзини лимфоцитларига қарши киритсак. Одам албатта, ҳар қандай инфекцияга қарши тура олмайди. Шунинг учун уларни лимфоцитларнинг янги авлоди ҳосил бўлгунча камида икки ҳафта стерил боксларда сақлаш лозим. Бу лимфоцитлар ОИТС вируси ДНКсидан ҳоли бўлади. Лекин бундай усул анчагина қимматга тушади ва одамларни бу усул билан даволашнинг (оммавий) иложи йўқ.

Зарарланган хужайрадан ажралиб чиққан вирус ёки касал одам қонидаги вирус (мишень) иммун реакция учун ўзида (мишень) нишон тутати. Бу нишон др120 оксили бўлиб, вирус танаси шу оксил билан қопланган. Лекин уни антиген сифатида ишлатиш анчагина қийиндир. Сабаби др120 оксилнинг катта қисми тўн сингари полисахаридлар билан қоплаб олинган. Шунинг учун ҳам улар антиген бўла олмайди чунки улар хўжасининг оксидан илаштириб олган. Полисахариддан иборат қобиғдан (петлеобразный) сиртмоқсимон қисми осилиб туради, ўша қисм кучли антигенли хусусиятга эга бўлиб, ўшанга нисбатан антитана олиш мумкин. Вирусни хелпер юзасида жойлашган СД4 оксили билан боғланган қисмини жуда ҳам топиш қийин. Лекин иккала ҳудудга хос антитана олишга эришилган. Олинган антитаналар янги хужайраларни инфекция юқишдан сақлайди. Ҳозирда ОИТСга қарши ҳар хил вариантларда вакцина ишлатиш тажрибадан ўтмоқда. Ҳар томонлама кўп имкон берадиган усул, гепатит ва қутуриш вируслари устида синалган усулдир.. Унинг геномига ген инженерияси ёрдамида ОИТС вируси ирсий информацияси таркибидagi др 120 оксили фрагментига жавобгар информация киритилди. Натижада чечак вируси билан зарарланган хужайралар оксил-антиген ҳосил қилади ва турғун иммунитет юзага келади.

Демак, ОИТС устидан ғалаба қозониладими? Афсуслар бўлсинки, хурсандчилик қилишга ҳали эрта. Вирус геномининг шу жойида мутация амалга ошиб, уни ўзгартириб туради. Касалликнинг сўнги босқичида касал қонида ўнлаб янги вируслар мавжуд бўладики, уларга қарши антитана ҳеч қандай кучга эга бўлмайди. Шундай тахмин ҳам бор, сиртмоқсимон қисм-қалбаки нишон ҳам дейилади. Вирус тез ўзгарувчанлиги ҳисобига антитанадан ҳимояланади. Оксил др120 ни хужайра билан боғланган қисми ўзгармасдир, сабаби ҳаётини зарардир, шунинг учун у полисахарид тўнининг чуқур антитанани етиб бориши қийин бўлган тубида жойлашганлигидир. Вирус оксилнинг тез ўзгарувчанлиги билан тиббиётчилар дуч келишганига анча бўлган. Вируслар оксилнинг тез ўзгарувчанлиги, масалан, гриппга қарши вакцина ишлаб чиқаришни қийинлаштиради.

СД4 оксили билан боғланадиган қисми, жуда ҳам консерватив ва турғундир. Касал организм қонида антитана ҳосил бўлиши жуда секин боради (масалан, юққандан 1 йилдан сўнг). Ундан ташқари, тузилишига кўра СД4 оксили одамнинг нормал хужайра оксилларининг кўпчилиги бир-бирига ўхшаш бўлади, шунинг учун аутоиммун реакция мумкин бўлади. Антитана ўз хужайраларига ўтказилади.

Қандай қилиб бу ҳолатдан чиқиш мумкин? Бу ҳолатдан чиқиш йўлини бизга ген инженерияси кўрсатиб беради. Др120 оксилнинг сиртмоқ қисмини кодловчи барча генларни сунъий йўл билан синтез қилиниб, уларни чечак вируси геномига жойлаш зарур. Чечак вируси геноми анчагина катта бўлганлиги сабабли юқоридаги синтез қилиб олинган

генларни жойлаш имконияти бор. Шу билан бирга ген инженерияси ёрдамида барча турдаги антитаналар олишни кучайтириш ва уларни ОИТС касаллари организмга киритиш мумкин. Бу борадаги ишлар ҳозирда қарши гамма-глобулинлар ишлаб чиқаришда қўлланилапти. Бу жуда оғир ва масъулиятли ишдир, лекин ОИТС эса кутмайди. Шунингдек вакцинани қандай текшириш мумкин, улар иммун реакция ҳосил қилганига қандай ишонч ҳосил қилиши мумкин.

Ўз ихтиёри билан эмланганларга ОИТС юқмасмикан? Шу билан бирга вакцина бир неча йилдан кейин таъсир этиш мумкинлигини ҳам аниқлаш зарур. Бундай текширишларни амалга ошириш ишончсиз эмас, лекин тездагина муваффақиятга эришиш қийин. ВП42 қарши курашда тезроқ муваффақиятга эришиш мумкин, сабаби у билан мақини маймунлари касалланганлиги учун уларда вакцинани синаш имкониятига эгамиз.

Улардан ташқари бошқа ғоялар ҳам мавжуд. Вирусни ички томонидан қоплаб турувчи р17 оксиди, қўп ҳолларда зарарланган ҳужайранинг юзасида жойлашган. Унга қарши вакцина ишлаб чиқарилган ва Буюк Британияда синаб қўрилган.

Иккинчи усул (фипр) янада оригиналдир. Бу усул бир вакцининг ўзида АҚШ ва Буюк Британияда амалга оширилган. Муаллифларнинг кўрсатишича, дастлаб вирусга қарши курашадиган антитана СД4 оксиди нишонга олиниши керак. Улар одам организмга киритилади, агарда улар вирус ташувчи эканлиги аниқланса, бундай антитаналар хелперларни вирус жойлашадиган ложасига жойлаштириш учун курашади. Бу ҳам ҳали кам: уларнинг ўзлари учун курашадиган антитанани синтезини қўзғайди (чақиради). Ундан қандай фойда бор? У СД4 оксидига қарши антитанани ўхшаш бўлса, вирусни др129 оксид тутган қисми билан боғланиши кузатилади ва янги антитана ўзи олиб кирган вирусни зарарсизлантиради.

Бундай вакцина ишлаб чиқарилган. Лондонда бундай вакцина икки кишида синаб қўрилган, бу эса жуда ҳам оздир. Мумкин вакцина зарарсизлигини тушунган ҳолда, бирданига қўп одамларда, яъни касалликка берилувчанлиги юқори хавфга эга гуруҳларда, масалан, фоҳишаларда ва норкоманларда эмлаш ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Эмланган кишиларда касалликнинг кескин пасайиши вакцина самарадорлигидан дарак беради.

Маълумки, олимлар қўл қовуштириб ўтираётганлари йўқ. ОИТС каби вирусли касалликлар секин-аста, йиллар давомида ривожланганлиги сабабли юқоридаги вакциналар ёрдамида нафақат касаллик юқишининг олдини олиш, балки беморларни даволаш ҳам мумкин. Шунга ўхшаган ҳолда қутуришга қарши вакцинация (қутирган ит тишлагандан сўнг) ўтказилмоқда. Келгусида вакцинациянинг ҳар қанча яхши бўлишидан қатъин назар, уни амалиётга киритиш 5 йилдан кам бўлмаган муддат қутиш лозим.

РЕТРОВИРУСЛАР КЕЛТИРИБ ЧИҚАРАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

*Юнусова Д.Д., Рахмонов Р.Р., Сайдуллаев С.Т., Муминова К.Т., Маннаббоева Г.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Одамларда ретровируслар келтириб чиқарадиган касалликлар шунчаки узоқ вақт фанда аниқ бўлмаган. Кўпчилик ҳайвонларда оқ қон яъни лейкознинг хиллари (шакллари, турлари) ёки хавфли ўсма касалликлари вирусли табиатга эга бўлганлари аниқланган. Фақатгина 1970 йилга келиб ретровируслар қандай қилиб РНК тутувчи вирус ДНК тутувчи вирусга айланишини ва зарарланган ҳужайра хромосомаси таркибига қўшилишини тушунириш орқали ҳаёт циклини кўрсатиб берди. Ретровируслар келтириб чиқарадиган касалликлар умуман даволаб бўлмайдиган касалликлар турига қиради. Ретровируслар каби одам геномида ДНКнинг узун қисмлари топилганига қарамадан, уларни нимадандир қоралашни узоқ вақт уйдасидан чиқолмади.

Шундай ҳолат 1977 йилгача, яъни япон олимлари ўз ватанида лейкомия-қон раки Т-лимфоцитлар-хелперларни зарарловчи шаклини топгунча давом этган. Касаллик катталар Т-ҳужайраси лейкомияси деб аталди ва у Япон оролларида Жанубий Шарқий қисмида яшовчилар орасида тарқалганлиги аниқланди. Бу ерларда ХХI асрда голландлар ва португаллар омили мавжуд бўлган. Тез орада касаллик АҚШ нинг Жанубий Шарқий штатларида, Марказий ва Жанубий Америкада тарқалганлиги аниқланди. Касаллик Кариб денгизи оролларида олиб келинган қора танлилар билан боғлиқ бўлган.

Сўнг касаллик Африкада аниқланади. 1980 йилга келиб, ретровирус кашф этилганлигидан 80 йил кейин АҚШ Миллий саратон институти олими Р.Гелло ва Франция Пастер институти олими Л.Монтанье билан биргаликда 1981 йили ОИВ ни аниқладилар.

Ретровирус келтириб чиқарадиган касалликлар давоси йўқ ҳисобланади. Шу маънодаким, шу кунлардаги илмнинг ривожланиши ҳўжаси нинг хромосомаси билан боғланиб оладиган вирусларга таъсир этувчи омилларнинг ишлаб чиқилмагандадир. Бунга қўшимча ОИВ (ОИТС вируси) зарарланган ҳужайрада ҳўжаси икки қават липид ёрдамида ўралиб, пуфакча шаклида беркиниб олишидир. Бу ерда ҳам у (вирус) аниқланмас ҳолидадир. Сабаби пуфак юзасида антитаналар таъсирига бериладиган нишоннинг йўқлигидир. ОИТС ҳақида гапирганда фақат бир фикрда- яъни вирус ривожланишини қандайдир йўл билан тўхтатиш орқали бемор иммунитетини сақлаш, шу йўл билан ўлимини орқага суришдан иборат. Фақат касал бола кўриш ҳуқуқига эга бўлмайди ва донорлик қилиш мумкин эмас. Касал бўлиши мумкин. Келгусида яратиладиган ҳаётбахш вакцина яратилишигача яшаши мумкин.

Бу соҳада микробиологик ва молекуляр биолог олимларнинг жуда ҳам илдам текширишларини олиб борганига қойил қолмоқ зарур. Санокли йилларда улар ОИВ тузилишини ва ҳаёт циклини, вирусга таъсир кўрсата олишимиз мумкин бўлган босқичларни аниқ кўрсатиб бердилар. Сиз билан биз ҳам ўша босқичларни қуйида кўриб чиқишга ўтамиз.

1. Вирус қонга тушади. Мана шу босқичда вируснинг ҳужайрага яъни хелперга киритиш йўлини (блокировка) қилиш керак. Бунинг уйдасидан чиқишни иложи бормикан? Бир йўлини юқорида кўриб чиқдик. Бунинг учун др120 ва СД4 оксидига вакцина- антитанани синовдан ўтказди. Ундан бошқа имкониятлар ҳам мавжуд. Масалан, вирус ташувчи қонига “эрувчан” СД4 киритилади. Бу СД4 оксидининг кичик бир бўлаги бўлиб, унга вируснинг др120 сига ўхшаш қисмидир. ОИВни бу тузоққа илинтириб, биз ташувчининг ҳужайрасига унинг киришидан қалғитишимиз мумкин. Бахтга қарши, СД4 нинг бундай бўлаги турғун эмас. Яна вирусга қарши уни иммуноглобулин билан боғлаш таклифи ҳам мавжуд. Иммуноглобулинлар ОИВ ўлжасини қидириш жараёнида уларга ўзлари келиб тузоққа тушади.

Кондаги вирус таначаларининг ўлжаси ҳужайраларга ўтишини нисбатан кам юқори молекуляр модда доктрансульфат билан блокировка қилиш мумкин. У модданинг одамга кам зарарли таъсир дозаси аниқлаш имконияти беради, унинг ОИВга қарши ишлатиш фойдадан ҳоли эмас.

2. Агарда вируснинг қондаги ўлжаси ҳужайра хелперига киришини тўхтатиш имконияти бўлмади дейлик. Ҳужайрага вирус оксил қобиғи билан бирга қиради. Бундай ҳолатда ОИВ РНК қобиғидан ажралиб чиқишини тўхтатишга ҳаракат қилиш зарур. Ҳозир бу йўналишда яъни, доривор моддалар ёрдамида РНК ечинтирилишига қарши фаол РНК капсуласидан ажралмаслигини таъминлаш мумкин, лекин қўлланилаётган моддалар энг аввало қонда ва ҳужайра плазмасида турғунликка эга бўлиши, шу билан бирга ҳеч қандай тўсиқларсиз ҳужайра мембранасидан ўта олиши зарур.

3. Ҳозирда вирус ҳаёт циклининг учинчи босқичида олиб борилган тадқиқотлар нисбатан катта ютуққа эришди. Бу босқичларда РНК занжиридан ДНК синтези амалга ошади. Бу синтезни ревертаза ферменти амалга оширади. Бу тескари транскриптаза ферменти бўлиб, икки молекула вирус ўзи билан ҳўжа ҳужайрасига олиб қиради. Бу босқичдаги вируснинг ривожланишига таъсир этади, чунки ДНКни РНКдан синтезланиши вирус учун характерли ҳисобланади, ҳужайра тизимларида бу жараён кузатилмайди. Бу жараёни тўхтатиш орқали биз касалга салбий таъсир кўрсатамиз. Фақатгина тескари транскрипцияни тўхтатиш учун маълум моддалар (ингибиторлар) топиш зарур.

Бундай ингибиторлар ҳозирда кўплаб кашф этилган бўлиб, тўғрироғи улар кенг доирада қўлланилмоқда, масалан, генларни ўқиш, уларни кетма-кетлигини аниқлаш. Шулар жумласига: азидотимидир 2^1 , 3^1 дидезоксицитидин ва 2^1 , 3^1 –дидезоксиаденозин- ўша мономерлар аналогли, ДНК занжирини ҳосил қилувчи гиштчалар қиради. Стеронцидлар каби сульфамидлар билан такрорланган: уларнинг таъсири бактериялар томонидан бошқа моддалар сифатида – В гуруҳ витаминлари синтези учун зарур бўлган параминобензой кислота сифатида қабул қилинади, у модда реакцияларда фойдаланилади ва авитаминоздан нобуд бўлади. Бу эса заҳарли тузқоқа ўхшайди.

4. Айтайлик вирус юқоридаги ҳимоя чизигини ҳам четлаб ўтди. Унинг ирсий информацияси ДНК га айланиб олиб ҳўжа ҳужайраси хромосомасига яқинлашиб ўрнаша бошлайди. Бу ҳолатда ҳам вируснинг ирсий информация реализациясини тўхтатиш имкони мавжуд бўлиши мумкин, лекин ҳозиргача бу йўналишда муваффақият қозонилгани тўғрисида маълумотга эга эмасмиз. Агарда вирус ДНК си ҳўжа ҳужайраси геноми билан боғланиб олган бўлсачи? Бундай ғоя ҳам бўлиши мумкин. Бундай ҳолда вирусни РНКсига комплементар синтезланаётган вирус РНКнинг 10 та нуклеотид кетма-кетлигидан иборат қисқа занжирини олиш зарур. Бу тушунчага аниқлик киритиш керак.

Ўрта мактаб биология дарслигидан маълумки, ДНК- қўш занжирдан иборат, занжирлар ўзаро водород билан боғлари ёрдамида боғланади. Адинин тимин билан гуанин эса цитозин билан водород боғини ҳосил қилади. АГЦТТ нуклеотидларининг бир занжирдаги кетма-кетлиги иккинчи занжирдаги ТЦГАА кетма-кетлигига тўғри келади. Бу комплементарлик, яъни нуклеотидларнинг кетма-кетлигини тўғри келишидир.

ДНКда РНК синтезланишида, УЦГУУ занжири ҳосил бўлади. ДНК занжири РНК занжири билан комплекс ҳосил қилиши мумкин, аслида нормада РНК битта занжирдан иборат бўлса ҳам. Комплементар РНК ДНК билан қўш занжир ҳосил қилиши мумкин. Шу қўш занжирли жойда вируснинг оксил молекуласи узилиши мумкин, натижада вирусларнинг янги авлоди ҳосил бўлмайди. Маълум тартибдаги нуклеотидлар кетма-кетлигидан иборат ДНКнинг кичик қисмини синтезлашни молекуляр биологлар урдасидан чиқишади. Бу жараён жуда ҳам қийин, лекин орқага чекиниш керак эмас. Камчилиги шундаки, юқоридаги олигонуклеотидлар турғун эмас, улар ҳужайрасидаги ферментлар таъсири тезда парчаланиб кетиш хусусиятига эгадир. Лекин, уларни турғун ҳолатга айлантиришнинг иложи мавжуд. Бунинг учун вирус РНКсини қўш занжирли гибрид дуплексини сақлаш мумкин. Кўплаб ишлаб чиқилган усуллар-асослар орасидаги боғларни модификациялашдир. ДНК тузилиши қуйидаги тамойилида азотли асос- дезинсирибозага боғланади, дезонсирибозалар ўзаро фосфат кислота қолдиғи орқали бирикади. Бундай боғ химия тилида фосфодиэфир боғи деб аталади. Агарда фосфат кислотаси таркибидаги хлорогидни бир атоми олтинугурт билан алмаштирилса, бундай боғли бирикмани нуклеазалар парчалай олмайди. Лекин вирус РНК си билан комплементар кетма-кетликда гибридлар ҳосил қилиш хусусиятини сақлаб қолган. Унинг асосида вирус оксиллари синтезланади, барча асослар аввалгидек сақланиб қолади.

Шу сабабли ҳозирги кунгача одам популяцияларида вирус ташувчиларни аниқлаш ОИТС диагностикаси масалаларида долзарблигича қолмоқда.

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ BERBERIS VULGARIS

Юсупов М.М., Муминова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В продолжение исследований алкалоидов рода *Berberis* мы изучили различные органы *Berberis vulgaris*, собранные в предгорном районе республики в фазе цветения и созревания плодов. Из данного вида барбариса, произрастающего в республике, выделены оксиакантин, барбарин и барбарин. За рубежом из корней этого растения выделили ряд известных алкалоидов. Из корней, коры стеблей листьев и плодов, собранных в фазу созревания плодов, этанольной экстракцией выделили 2,19; 1,48; 0,1; 0,05% суммы алкалоидов соответственно. Из листьев, собранных в фазу цветения, хлороформной экстракцией выделили 0,39 % суммы оснований.

Разделением четвертичной суммы корней на колонке с силикагелем КСК выделили три основания в виде хлоридов, которые по спектральным данным отнесли к диизохинолиновому типу и непосредственным сравнением с истинными образцами идентифицировали с берберином, колумбамином и пальматином. Эфирную сумму корней делили на фенольную и нефенольную части. Из фенольной части разделением на колонке с силикагелем, элюированием хлороформом и смесью хлороформа с метанолом выделили оксиакантин, барбарин, барбамунин и фенольное основание 1 с т. Пл. 158-159⁰ (метанол), $[a]^{22}_D + 19^0$ (CHCl₃).

При метилировании I иодистым метилом получили облонгин иодид, идентифицированный с подлинным I идентифицировали с юзифином. Хлороформную сумму корней делили аналогично эфирной. Выделили оксиакантин основания II, III. Основание с т. Пл. 163-164⁰ в УФ- спектре имеет поглощение в области $\lambda_{max}^{этанол}$ 280 (lg ϵ 4,21). 368nm (lg ϵ 4,30), характерное для дигидро берберинов.

Основание III, т.о.пл. 200-201⁰, в ИК-спектре присутствует полоса при 165 см⁻¹. При восстановлении II и III NaBH₄ в метаноле выделили кристаллическое основание с т.пл. 163-169⁰ (этанол), которое по ТСХ и отсутствию депрессии температуры плавления идентифицировали с (±) тетрагидробарбарином. На основании физико – химических данных, химического превращения и непосредственным сравнением с истинными образцами II и III идентифицировали с ламбертином и берламбином соответственно. Последние были выделены ранее из *B. lamberti*.

Таким образом, на содержание алкалоидов изучены корни, кора стеблей, листья и плоды *B. Lambertii*. Разделением суммы алкалоидов корней выделено девять оснований. Из них впервые выделены берламбин, ламберин, бербамунин из данного вида, а юзифин выделен впервые из рода *Berberis*.

СТРОЕНИЕ АМУРЕНИНА

Юсупов М.М., Мунинова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Нами исследован алкалоидный состав надземной части *Berberis amurensis*, собранной в различные периоды вегетации. Из листьев, молодых побегов и корней, экстракцией хлороформом и этанолом, выделено 0,12; 0,22; 2,0 % суммы алкалоидов, а из листьев и молодых побегов, собранных в период цветения, выделено 0,22; 0,34 % суммы оснований, соответственно. Хроматографированием суммы алкалоидов получено 14 оснований, кроме ранее выделенных алкалоидов берберина, пальматина, колумбамина, ятторрицина, бермамина изолированы псевдопальматин, - тетрагидропальматин, оксиакантин, берберрубин, изотетрандрин, обаберин и новое основание амуренин (I), выделенный в виде хлорида.

Амуренин (I), представляет собой оптически активное, кристаллическое основание, с т.пл. 194-195⁰, дает кристаллическое 0-ацетиламуренин (II)

ИК-спектр $\nu_{\text{max}}^{\text{KBr}}$: 3200, 1610, 1580, 1470.

УФ-спектр $\lambda = \frac{C_2H_5OH}{\text{max}}$ 265, 275, 305, (lg ϵ 4.23; 4.25; 4.16)

Масс-спектр m/z 328(M⁺), 325(M-I)⁺, 309, 290, 268, 58 (100%).

Данные спектров ПМР I и II, снятых в CD₃OD, и отнесение сигналов протонов приводятся в таблице.

Таблица

Амуренин (I)		0-ацетиламуренин (II) Величина хим. Сдвига м.д.
Протоны	Величина хим. Сдвига м.д.	
N ⁺ (CH ₃) ₂	3.30 (ЗН.с)	3.02 (ЗН.с)
C ₁ -OCH ₃	3.36 (ЗН.с)	3.38 (ЗН.с)
C ₂ -OCH ₃	3.60 (ЗН.с)	3.60 (ЗН.с)
C ₃ -H	3.82 (ЗН.с)	3.83 (ЗН.с)
C ₈ -H	6.82 (И.с)	6.88 (И.с)
C ₉ -H	7.11 (И.)	7.35 (И.)
C ₁₁ -H	6.65 (И.)	6.98 (И.)
C ₁₀ -H	7.72 (И.)	7.95 (И.)
		2.23 (ЗН.с)

По величине химический сдвигов трехпротонный синглет при 3,601 м.д. и однопротонный синглет при 6,82 м.д. отнесены к C₁-OCH₃ и C₃-H, соответственно. Метоксильная и гидроксильные группы могут находиться в положениях C₂ или C₁₀. Их расположение в кольцах А или Д установлено на основании сравнения спектров ПМР I и II.

По приведенным данным для амуренина предложена новая структура.

НОВЫЙ АЛКАЛОИД ИЗ BERBERIS VULGARIS

Юсупов М.М., Мунинова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Исследован алкалоидный состав коры стеблей, листьев и плодов *berberis vulgaris*, собранных в фазу созревания плодов. Этанольной экстракцией выделили 1.48; 0,1; 0.05% суммы алкалоидов, соответственно, а из листьев, собранных в фазу цветения хлороформной экстракцией выделено 0,39% суммы оснований. Хроматографированием на колонке с силикагелем из суммы алкалоидов, полученной из плодов, выделены берберин, изотетрандрин, бербеин, из суммы листьев – оксиакантин, таликсимидин, берберин, а из суммы коры стеблей выделены берберин, пальматин, ятторрицин, оксиакантин, бербаин, 8-оксоберберин, берберрубин и основание I с т.пл. 133-134⁰ (из эфира), состав C₂₀H₁₇O₇N.

ИК - спектр $\nu_{\text{max}}^{\text{KBr}}$: 3440, 1720, 1660.

УФ-спектр $\lambda = \frac{C_2H_5OH}{\text{max}}$ 225, 263, 307, (4.61; 4.16; 3.76).

Масс-спектр (I%) : 383(100), 365(7), 352(14), 338(31), 324(31), 220(31), 193(45), 190(58), 171(72), 165(72), 138(41).

В спектре ПМР I имеются сигналы от двух метиленовых групп при 2,75 (2Н. т), 3,00 (2Н. кв), от двух метоксильных при 3,76 (3Н. с), 3,83 (3Н. с), метилendioксигруппы при 5.90 (2Н. с). В области ароматических протонов имеются два однопротонных синглета при 6.49; 7.49.д. и два однопротонных дублета при 7.02 и 7.52 м.д. Приведенные данные соответствуют структуре пречиленина (I), полученного ранее из берберина синтетическим путем.

Пречиленин впервые выделен из природных источников.

СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ПАЛЬМАТИН ЙОДИДА

Юсупов М. М., Муминова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Метод относится к химико-фармацевтической промышленности и может быть использован для получения пальматин йодида из растительного сырья.

Целью методики является повышение выхода целевого продукта и сокращение времени осуществления способа.

Корни *berberis vulgaris* (500г), собранные в фазу созревания плодов, экстрагировали этанолом в сокслете до отрицательной реакции на алкалоиды с 5%-ным раствором кремне-вольфрамовой кислоты.

Этанольный экстракт упаривают до густой массы, охлаждают, растворяют в 200 мл 3%-ной уксусной кислоты. Последний фильтруют и добавлением кристаллического KI осаждают берберин йодида (2,9г). После отделения осадка к фильтрату добавляют 5%-ный раствор трихлоруксусной кислоты до полного осаждения протобербериновых алкалоидов. Осадок отфильтровывают, промывают водой (20мл), затем – ацетоном (2*20мл) и высушивают (1,8г).

Полученный осадок (1,8г) растворяют в 50мл метанола, добавляют 2,5мл йодистого метила и 0,5 г КОН. Затем смесь кипятят в течение 2ч. По охлаждении смеси льдом выпадают светло-желтые кристаллы пальматин йодида, последний отфильтровывают, промывают метанолом (2*10 мл) и высушивают (1,2 г), технический пальматин йодид перекристаллизовывают из метанола. Выход 1,1 г (0,22%) от массы сухого растения.

Выход целевого продукта увеличивается с 0,09% по способу-прототипу до 0,22% по предлагаемому способу, при этом время проведения способа сокращается с 126 до 22ч.

СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ МАГНОФЛОРИН ЙОДИДА

Юсупов М. М., Муминова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Научная работа относится к медицине и фармацевтической промышленности, а именно к получению физиологического активного магнофлорина в виде йодида.

Магнофлорин является очень широко распространенным алкалоидом и обнаружен в растениях, относящихся к десяти семействам и разработаны различные методы выделения его из растительного сырья.

Известен способ получения магнофлорина из корней *Mahonia aquifolium* путем экстракции сырья петролевым эфиром, затем метанолом и разделением алкалоидной суммы на колонке с окисью алюминия. Выход готовой продукции составляет 0,002%.

Известен также способ получения данного алкалоида из корней *Thalictrum folialosum* путем экстракции метанолом с дальнейшим разделением суммы алкалоидов на третичные и четвертичные алкалоиды и разделением четвертичных алкалоидов путем ионообмена; хроматографией выделяют магнофлорин хлорида, затем его ионообменным путем переводят в магнофлорин йодид. Выход препарата в оригинале не указывается. Однако данный метод, как и предыдущий, является очень трудоемким, многостадийным и требует много времени.

Целью настоящего изобретения является упрощение способа получения и увеличения выхода готовой продукции за счет сокращения количества операций и выделения его на ранней стадии процесса.

Способ осуществляется следующим образом:

Измельченные молодые побеги *B. heferopoda* экстрагируют этанолом на аппарате «Сокслета» до отрицательной реакции на алкалоиды, затем спиртовый экстракт упаривают до густой массы, разбавляют водой, фильтруют, осаждают четвертичные протоберберины путем добавления кристаллического йодида калия, осадок суммы йодидов фильтруют, водно-спиртовый маточник обрабатывают хлороформом.

При этом серебристые кристаллы магнофлорина йодида начинают выпадать из хлороформного раствора, который фильтруют, промывают ацетоном и перекристаллизовывают из метанола.

Новизной и отличительной особенностью данного способа является то, что труднотупный алкалоид магнофлорин легко выделяется при обработке маточника хлороформом.

500г измельченных молодых побегов *Berberis heferopoda* экстрагируют этанолом в аппарате «Сокслета» до отрицательной реакции на алкалоиды кремневольфрамовой кислотой. Затем спиртовый экстракт в количестве 1500мл упаривают до объема 100 мл, охлаждают, заливают 200 мл дистиллированной водой, фильтруют, к прозрачному-красному раствору постепенно добавляют кристаллический йодид калия. При этом выпадают в осадок йодиды протобербериновых алкалоидов. После полного осаждения йодидов их отделяют фильтрованием и промывают спиртом. К водно-спиртовому маточнику добавляют 500мл хлороформа и тщательно перемешивают в делительной воронке. При этом магнофлорин переходит в хлороформную часть и из-за плохой растворимости в нем начинает выпадать осадок. Эту операцию повторяют еще раз, и хлороформные растворы объединяют, фильтруют, охлаждают. Выпавшие кристаллы технического магнофлорин йодида отделяют фильтрованием, промывают ацетоном и перекристаллизуют из метанола. Выход готовой продукции составляет 2,1г или 0,42% от веса воздушно-сухой массы растительного сырья.

Чистота и подлинность магнофлорин йодида контролировали по ТСХ на силикагеле и окиси алюминия в системах хлороформ-метанол 4/1 и метанол-диэтиламин 4/1, а также с непосредственным сравнением с подлинными образцом Т. пл. 251-252°.($\alpha/D + 195^\circ$) MeOH. с, 0.35).

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ BERBERIS HETEROPODA

Юсупов М. М., Муминова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В. Heteropoda - барбарис разноножковый относится к семейству Berberidaceae и является сильно ветвистым кустарником высотой до 2-3 м. Растет на каменистых горных склонах северной экспозиции, в ущельях и по долинам рек до 1500 м над уровнем моря, образует заросли. Распространен, в основном, в Средней Азии и Казахстане.

Ранее из корней этого растения был выделен берберин, пальматин, колумбамин, ятропорицин, оксиакантин и бербамин.

В продолжение исследований растений рода Berberis мы изучали кору стеблей, корни, молодые побеги и листья. В. Heteropoda из двух мест произрастания. Выделение и разделение суммы оснований осуществили по методу описанному в работе. Данные по определению суммы оснований и содержанию главных алкалоидов приводятся в таблице. Разделением суммы алкалоидов корней, дополнительно к ранее полученным алкалоидам, выделили магнофлорин, бербамунин и облонгин, из коры стеблей, собранные в Республике – ретикулин, глауцин и тетрагидроберберин. Кора стеблей барбариса из Ферганской области отличается более высоким содержанием оксиакантина по сравнению с другой мест. Главными алкалоидами коры стеблей и молодых побегов, собранных в весной, является берберин, магнофлорин и оксиакантин. Из суммы алкалоидов листьев выделили глауцин и таликмидин. Полученные алкалоиды идентифицировали на основании физико-химических констант, спектральных данных, а также сравнением с подлинными образцами.

Таким образом, изучены на содержание алкалоидов корни, кора стеблей, молодые побеги и листья В. Heteropoda. Разделением суммы алкалоидов выделили 13 оснований, из них магнофлорин, бербамунин, облонгин, ретикулин, глауцин, таликмидин впервые выделены из данного вида растения, а L-тетрагидроберберин впервые из рода Berberis.

N- МЕТИЛДИГИДРОБЕРБЕРИН ИЗ РАСТЕНИЙ В. HETEROPODA

Юсупов М. М., Муминова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди лекарственной флоры особое место занимают растения рода Berberis, благодаря содержанию в них ценных алкалоидов, обладающих высокой физиологической активностью и разнообразной химической структурой.

Исследован алкалоидный состав В. Heteropoda. Основание VI выделили из молодых побегов В. Heteropoda. В его УФ-спектре имеется максимум поглощения при 241, 350 нм ($\lg \epsilon$ 4.37; 3.92), характерные для дигидропротоберберинов. Отсутствие ионов дибензилного расщепления, при масс фрагментации VI под электронным ударом также подтверждает, что последний относится к дигидропротобербериновым алкалоидам. В спектре ПМР VI, снятом в ДМСО- d_6 , проявляются сигналы протонов при 6.05 (2H, с, OCH₂O); 4.05 (3H, с, OCH₃); 4.17 (3H, с, OCH₃); 3.45 (3H, уш с, N⁺-CH₃); 3.22-4.98 (6H, м); 6.49 (1H, с); 6.78 (1H, с.) 7.44 (2H, с.) 7.85 (1H, с.).

При воостановлении VI NaBH₄ образуется ($\pm$)-N- метилтетрагидроберберин, который при термическом деметилировании в вакууме дает ($\pm$)-N-тетрагидроберберин, идентифицированный с подлинным образцом по ИК-, ТСХ и по отсутствию депрессии температуры плавления смешанной пробы.

Таким образом, VI является N- Метилдигидроберберин.

N-ДИМЕТИЛГЕЛИАМИН-ИЗ РАСТЕНИЙ В. AMURENSIS.

Юсупов М. М., Муминова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Многие виды растений рода Berberis L, к детальному химическому исследованию не подвергались. Они являются богатыми источниками изохинолиновых алкалоидов. Интересные химические особенности алкалоидов выделяемых из растений рода Berberis L., а также широкий спектр их физиологического действия обуславливает актуальность исследований этих растений.

Выделен новый алкалоид (основание XII) из растений В. amurensis.

В УФ-спектре основание XII имеет максимум при 284 нм ($\lg \epsilon$ 3.78), характерный для тетрагидроизохолинов. В масс-спектре XII обнаруживаются ионы с m/z 207 (M-15, 43), 206(64), 164 (100), 149(14), 142(50), 127(21), 58(14). В спектре ПМР XII, снятом в смеси дейтерометанола и дейтерохлороформа, имеются сигналы при 3,24; 3.26 м.д, в виде двух трехпротонных синглетов от N⁺(CH₃)₂ группы, шестипротонных синглет при 3,82 м.д. от двух OCH₃ групп. Сигналы от трех метиленовых групп обнаруживаются при 3,19(2H, м); 3.72 (2H, м.) и 4.52 (2H, с).

В области ароматических протонов имеются два четко разрешенных однопротонных синглета при 6,71 и 6,79 м.д.

По приведенным данным, основание XII является новым, относится к простым изохинолинам.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И УРОВЕНЬ ИНГИБИНА В У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТЬЮ

*Ярмухамедов А.С., Файзуллаева Н.Я., Мусаходжаева Д.А.
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан*

Биохимическое исследование эякулята позволяет оценить деятельность придаточных желез мужской половой системы и гормонального статуса организма в целом, что важно в оценке патологии сперматогенеза. Цинк в большом количестве содержится в сперме и секрете простаты и имеет особое значение для нормального анатомо-функционального состояния органов мужской половой системы. Этот микроэлемент участвует в формировании чувствительности к различным гормонам и факторам роста, участвует в регуляции активности ферментов спермиоплазмы. Цинк способствует процессам коагуляции и разжижения эякулята, угнетает спонтанную агглютинацию спермиев; повышает подвижность спермиев, важен в обеспечении антибактериальной активности семенной жидкости. Концентрация цинка в секрете предстательной железы зависит от уровня андрогенов. Из предстательной железы цинк поступает в семенную жидкость, где его содержание считается точным показателем секреторной активности органа. В организме взрослого человека содержится около 2—3 г цинка и почти 40% его общего количества — в предстательной железе и эякуляте. Именно содержание цинка в семенной жидкости является лимитирующим фактором при бесплодии у мужчин. Дефицит цинка вызывает торможение продукции и соответственно высвобождение гормонов - ЛГ и ФСГ, которые принимают непосредственное участие в регуляции уровня тестостерона. Ингибин В вырабатывается клетками Сертоли и представляет собой гормон белковой структуры. Определение его уровня в плазме крови является экспресс-методом для выявления фертильности у мужчин.

Целью работы явилась оценка показателей биохимических маркеров семенной плазмы (лимонная кислота, фруктоза и цинк) и в плазме крови гормона ингибина В при определении фертильности у мужчин с первичным бесплодием.

Проанализированы результаты обследования 72 мужчин с нарушенной фертильностью. Все пациенты были в возрасте от 26 до 45 лет с необструктивной формой азооспермии. Верификация диагноза проводилась на основании жалоб, сбора анамнеза и осмотра, клинко-инструментальных методов исследования, общих анализов крови и мочи, биохимических показателей семенной жидкости, определения уровня гормонов в сыворотке крови, обследования на наличие бактериально-вирусной инфекции, а также УЗИ органов мошонки, почек и доплерография вен семенных канатиков (для исключения варикоцеле). Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин с нормальными показателями спермограммы.

Установлено, что у обследованных мужчин снижено содержание ионов цинка, количество активно подвижных сперматозоидов, повышена вязкость и снижен объем эякулята, повышено содержание лейкоцитов в семенной жидкости. Снижение содержания цинка в семенной жидкости приводит к изменениям внутриклеточного метаболизма, проявляющимся в снижении кинетических возможностей сперматозоидов в эякуляте пациентов, что является закономерным патофизиологическим процессом. В 48,3% случаев зафиксировано снижение подвижных сперматозоидов с быстрым линейным прогрессивным движением, что является одним из главных показателей фертильности спермы. Установлены достоверные различия в содержании ионов цинка у здоровых участников исследования и пациентов. При изучении подвижности сперматозоидов в эякуляте пациентов со сниженным уровнем цинка выявлены, что частота нормокинезиса в 3,4 раза ниже чем в контрольной группе, акинезиса в 3,3 раза выше, чем в контрольной группе и гипокинезиса в 1,6 раза выше, чем у мужчин контрольной группы. При изучении физико-химических свойств эякулята пациентов со сниженным уровнем цинка выявлены, что pH ниже, чем в контрольной группе, вязкость достоверно выше ($P < 0,05$) при сниженном объеме. При подсчете количества лейкоцитов в эякуляте пациентов со сниженным уровнем цинка выявлен их достоверно повышенный уровень, чем у здоровых, ($P < 0,01$). Биохимическое исследование маркеров семенной плазмы-лимонной кислоты и фруктозы показало, что содержание цитрата в семенной плазме обследованных мужчин составило 236 мг/дл ($N > 300$), что достоверно ниже по сравнению с данными контрольной группы - 418 мг/дл. Уровень фруктозы был в 2,7 раза ниже данных контрольной группы, ($P < 0,01$). При изучении уровня ингибина В в сыворотке крови было выявлено достоверное его снижение у инфертильных мужчин ($p < 0,001$).

Резюмируя приведенные данные, можно предположить вероятный механизм развития сдвигов, связанный с нарушением фертильности, при котором происходит снижение уровня фруктозы, лимонной кислоты и цинка. При этом наблюдается снижение уровня ингибина В в сыворотке крови. Все эти изменения приводят к активации фосфолипазы A2, продукция которой косвенно связана с содержанием ионов цинка; данный процесс обусловлен активацией свободнорадикальных процессов в органах сперматогенеза и эякуляте. Тщательный мониторинг сперматозоидов, изучение их изменений на структурном уровне, а также изучение биохимических параметров, способных дискриминировать патологические изменения, являются приоритетными задачами лабораторной диагностики.

Таким образом, исследования концентрации ингибина В в плазме крови, лимонной кислоты, фруктозы и цинка в семенной плазме могут быть использованы при комплексном обследовании пациентов для уточнения лечебно-диагностической тактики, что позволит идентифицировать причины аномального воспроизводства андрогенов, нарушения в морфологии сперматозоидов, патологий железистых органов и выводящих каналов.

ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ В РАЦИОНЕ ПИЩИ

*Хурматов Х., Икрамова Г.А., Рахмонов Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Изучение в организме пищеварения и трудных расщеплений белков попадающих пищевыми продуктами.

Введение: Количество выделения азота, количество расщепления белка в ткани связано характеру пищи. При попадании белка с пищей, и при голодании из организма белок всегда расщепляется и выделяется азот. При употреблении

только углеводов без белка, белок ткани расходуется меньше. Если в организм попадает только углеводы, а белок нет, то азот относительно голоданию в 3 – 3/2 раза меньше выделяется из организма. Углеводы в этом играют роль экономии белка.

Если в пище отсутствует белок а остальные пищевые вещества имеются (углеводы, жиры, минералы, вода, витамины), показывает что расщепление белка на важные жизненные процессы меньше расходуется. Мало расходуемое расщепление белка в спокойном организме и вычисляемое количество белка на 1 кг веса М.Рубнер назвал коэффициентом разрушения.

У взрослого человека в спокойном состоянии коэффициент разрушения в сутки на 1 кг веса со средним вычислением равен на 0,028 – 0,065 г азота. Это означает, человек с 70 кг веса в сутки теряет 2 – 4,5 г азота, а это соответствует расщеплению 12,5 – 28 г белка. Важные вещества образовавшиеся расщеплением белка – мочевины, аммиак и мочевины кислоты, которые выделяются из организма через мочу и пота.

Вывод: при определении качества и количества белка в пищи, и его показателей нормы, надо учитывать деятельность пищеварительной системы каждого организма. Не внимательность приведёт к нарушению обмена белка в организме.

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ

*Рахмонов Р.Р., Икромов Г.А., Хурматов Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Определение изменений фундальных клеток слизистой оболочки желудка при белковом питании.

Введение: Белковое питание приведёт к морфофункциональным изменениям тканей пищеварительных органов. С целью изучения изменений слизистой оболочки желудка при белковом питании были использованы непородистые крысы.

Материалы и методы работы: Экспериментальные животные разделили на 2 группы, 1 – контроль, 2 – эксперимента. 1 – группа с обычным рациональным питанием, животным 2 – группы даны только белок яйца и вода. Эксперимент проведён в течении 90 дней. Для материала были взяты желудок крысы и приготовлены препараты. Приготовлены препараты окрашенные Гематоксилин-эозином.

Полученные результаты: При рассмотрении освещённым микроскопом гистологических микропрепаратов были наблюдаемы утончение железистой части желудка и увеличены поверхность ямки желудка. В 1-30 сутки при белковом питании животных, не наблюдались видимых изменений в толщине и длине фундальных клеток слизистой оболочки желудка. Но на 30-60 сутки чем у группы контрольных животных в отношении у группы экспериментальных животных наблюдались уменьшение толщины слизистой оболочки желудка и увеличение фундальных клеток. В результате эксперимента у животных питающих с белком на 60-сутки толщина фундальных клеток уменьшилось на 7,94% чем у животных контрольной группы. На 60-90 сутки эксперимента у животных обеих групп длина фундальных клеток относительно стабилизирована, но показатели между контрольными и экспериментальными животными сохранились.

Плотность фундальных клеток у контрольных и экспериментальных животных на 1-30 сутки почти остались одинаково, различие между них не наблюдалась. На 60-сутки эксперимента у животных группы контроля плотность расположения фундальных клеток уменьшилось, а у животных питающих белком наоборот увеличилась. А на следующих сутках (60-90) эксперимента плотность фундальных клеток у обеих групп относительно стабилизированы.

Вывод: При белковом питании в слизистой оболочки пищеварительных органов могут стать причиной дистрофических, атрофических и склеротических изменений а также циррозов.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ АЦИНОЦИТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ

*Рахмонов Р. Р., Хурматов Х., Икромов Г.А
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Изучение морфофункциональных изменений протекающих в поджелудочной железе при нерациональном белковом питании.

Введение: Нарушение питания организма от предела нормы, послуживает причиной морфофункциональных изменений в органах и их тканях. Такие изменения в большинстве наблюдаются при достаточно невнимательности качестве и количестве пищи.

Методы и материалы работы: С целью изучения ацинусов в экзокринной части поджелудочной железы при нерациональном белковом питании на эксперименте были применены 100 непородистых крыс с общей массой 140 грамм. Экспериментальные животные разделили на 2 группы, 1 – группа контрольная, 2 – группа экспериментов. 1 – группа с обычным рациональным питанием, животным 2 – группы даны только белок яйца и вода. Эксперимент проведён в течении 30 дней.

При определённых сроках животные были омертвлены путём декапитации, поджелудочная железа макроскопически изучена, были взяты микропрепараты, и подготовлен микроскопический препарат, который был окрашен методом гематоксилин-эозин. По методу морфометрического исследования Г. Г. Автандилова с помощью освещённого микроскопа были проверены ацинусы поджелудочной железы. Полученные результаты были статистически заново обработаны по критериям Стюдента.

Полученные результаты: У экспериментальных животных изменения в ацинусах поджелудочной железы начали меняться на 3 день эксперимента. Их форма овладели от круглого или овального на вытянутый, грушевидный формы. Их размеры увеличились параллельно на срок эксперимента.

Клетки ациноциты которые в составе ацинусов, их размеры изменились пропорционально при изменении размеров ацинусов. Высота ациноцитов до конца эксперимента увеличились до 57%. Гомогенная зона ациноцитов до 66%, зимогенная зона до 70%.

Вывод: Эксперименты показали что, при нерациональном белковом питании ежедневно, может привести развития в ацинарных клетках поджелудочной железы компенсаторных адаптаций.

LIGHTWAY INNOVATIVE DEVICE: FROM MANUFACTURE TO PRACTICE

*Adizova D.R., Ibrohimova D.B.
Bukhara State Medical Institute*

*The child's mind is at his fingertips
V.A.Suxomlinskiy*

The development of fine motor skills is an integral part of the overall development of the human body, the importance of which is directly related to the full development of speech. This can still be shown in the adjacent location of motor and speech centers in the cerebral cortex. Therefore, even with speech impairment, exercises that develop fine motor skills and coordination of finger movements are recommended. In addition, these exercises help develop attention and alertness. Such exercises strengthen memory, improve the abilities of imagination, coordination and creativity. In general medical practice, there are often diseases of small motor and coordination disorders and requiring the need for regular exercise. These include infant cerebral palsy (ICP), high activity attention deficit disorder, stroke, trauma, muscle damage, head injury and Parkinson's disease, which require long and continuous exercises. The innovative LIGHTWAY device for the development and restoration of fine motor skills and coordination skills is a non-medicinal treatment method for the development and restoration of motor and coordination movements in the hand for children with speech and writing problems, attention deficit disorder with high activity, hypoactive children, and children with cerebral palsy. Based on this, the tool is intended for the practice of speech therapists, defectologists, psychologists, rehabilitologists. The device is designed in such a way that it encourages children to engage. Using the device, you can organize training as a competitive game. This encourages the child to engage in continuous and long-term actions, both games and competitions, since the device is designed taking into account the peculiarities of curiosity, the desire to win child psychology, enrichment with sound, lighting, and also select individual elements on the child's problem and the degree of its violations.

Currently, this device is used in practice by speech therapists, defectologists and child psychologists. Recent observations have shown that a child receiving rehabilitation with Gilles de la Turetta syndrome by a psychologist showed a decrease in hand tremor as a result of daily and repeated exercises with the device. In speech therapy practice, there has been an increase in the duration of independent occupation of children with a device in a preschool.

A number of scientific studies have been conducted on the rehabilitation of patients with the above problems. Our main task is not to show the importance of physical exercises in rehabilitation in such patients, but to learn the advantages of the device. Our main goal is to scientifically substantiate the study and assessment of the advantages of a device designed taking into account the psychological characteristics of childhood, to create practical and methodological recommendations and offer it to speech therapists, defectologists, psychologists and pediatric neurologists who are still working on the above problems using traditional facilities.

AXBOROT KOMMUNIKATSIYA TEXNOLOGIYALARIDAN FOYDALANISH - IJTIMOIIY BUYURTMANING SIFAT KO'RSATKICHI

*Axunova M.R., Rahmatova Z.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Iste'dodli yoshlarimizning o'z qiziqqan sohalarida yetuk mutaxassislar bo'lishlari uchun, avvalambor shu soha haqidagi tasavvurlarini boyitishi, chet tillari va axborot kommunikatsiya texnologiyalarini mukammal bilishlari zarur. Jahon maydonida yurt sha'nini munosib himoya qilish uchun yoshlarimiz o'zining xorijiy tengdoshlari bilan raqobatlasha olishi lozim.

Darhaqiqat, ta'lim sifatini, samaradorligini oshirish, talabalarni qiziqтира oladigan darslarni maqsadli tashkil etishda zamonaviy pedagogik texnologiyalar hamda axborot kommunikatsiya texnologiyalarining roli juda katta. Ularni qo'llash imkoniyatlari ko'lamidan kundan-kunga kengayib, texnik vositalar o'quv jarayonining ajralmas qismiga aylanib bormoqda. Shu bilan birga oliy ta'lim o'quv jarayonini tashkil qilishda innovatsion texnologiyalarining ham mavqei ortmoqda. Masofaviy texnologiyalardan foydalanish zamonaviy kasbiy ta'limning imkoniyatlarini yanada kengaytirdi. Bugungi kunda Yer kurrasining istalgan joyidan turib, zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalari imkoniyatlaridan foydalangan holda ta'lim olish mumkin.

Zamonaviy axborot texnologiyalarining ta'lim sohasiga kirib kelishi ta'lim usullari va o'qitish jarayonlarini yangicha yondashuv asosida tashkil etish shakllarini sifatli ravishda qulaylashtirib, o'zgartirish imkonini bermoqda. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari ta'lim tizimini modernizatsiyalash jarayonining eng muhim qismidir. Hozirgi davr ta'lim bosqichining yangi talablariga ehtiyoj yuqoriligini ko'rsatmoqda. Bunda masofaviy ta'lim texnologiyalarini ta'lim jarayonida qo'llash va uni boshqarish ham muhim o'rin tutadi.

OTMlarga yangi imkoniyatlar va istiqbollar ochib berish borasida rejali ishlar amalga oshirilmoqda. Masalan, hududlardagi kadrlar malakasini masofadan boshqarish, talim oluvchilarni masofaviy ta'lim asosida o'qitish, ish yuritishda markazlashtirilgan usullardan foydalanib xujjatlashtirish bunga misol bo'la oladi. Elektron yoki masofaviy ta'limning yangi bosqichida nafaqat axborot texnologiyalarini qo'llash, balki elektron shakldagi ta'lim manbalari bilan ta'minlash ko'zda tutiladi.

Shu vaqtgacha kasbiy ta'limda talabalarni faqat tayyor bilimlarni egallashga o'rgatilgan bo'lsa, zamonaviy texnologiyalar ularni egallayotgan bilimlarini o'zlari qidirib topishlariga, mustaqil o'rganib, tahlil qilishlariga, hatto xulosalarni o'zlari keltirib chiqarishlariga o'rgatadi. O'qituvchi bu jarayonda shaxsni rivojlanishi, shakllanishi, bilim olishi va tarbiyalanishiga sharoit yaratadi

va shu bilan bir qatorda boshqaruvchilik, yo'naltiruvchilik funksiyasini bajaradi. Ta'lim jarayonida talaba asosiy figuraga aylanadi. Pedagogik texnologiya va pedagog mahoratiga oid bilim, tajriba va interaktiv metodlar talabalarni bilimli, yetuk malakaga ega bo'lishlarini ta'minlaydi.

Kasbiy ta'limga ilg'or pedagogik texnologiyalarni faol qo'llash, ta'lim samaradorligini oshirish, tahlil qilish va amaliyotga joriy etish bugungi kunning muhim vazifalaridan biridir. Darhaqiqat, Andijon davlat tibbiyot institutining "O'zbek tili va adabiyoti" kafedrasida talabalarning fikr doirasi, ongi, dunyoqarashlarini o'stirish, ularni erkin tinglovchidan erkin ishtirokchiga aylantirish nihoyatda muhimdir. O'qituvchi darsda boshqaruvchi o'quvchilar esa, ishtirokchiga aylanmog'i lozim. Ana shu vazifani uddalashda mashg'ulotlarda qo'llanilayotgan innovatsion faoliyat ustunligi ko'p qirrali samara keltirmoqda. Pedagogik texnologiyalar asosida tashkil etilgan darslar tashkiliy usullari, o'tkazish metodlariga ko'ra talaba ehtiyojiga mos tushishi kerak. Chunki bunday darslar bola ruhiyatiga yaqinroq bo'ladi. Talabalarning o'quv materiallarini o'zlashtirishga bo'lgan qiziqish, xohish va istaklarini uyg'otish asosida maqsadga erishish motivatsiya bo'lib, bu o'qituvchi va talabalarning o'zaro ichki yaqinlashuvi demakdir.

Yangi pedagogik texnologiya nazariyasi g'oyalaridan foydalanish asosida tashkil etilgan ta'lim jarayoni barkamol shaxs va malakali mutaxassisni tarbiyalash borasidagi ijtimoiy buyurtmaning bajarilish xolatining sifat ko'rsatkichiga ega bo'lishiga olib keladi.

GLOBALLASHUV JARAYONIDA YOSHLARNI G'OYAVIY VA AXBOROT HURUJLARIDAN HIMOYA QILISH

*Axunova M.R., Rahmatova Z.M.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dunyo yagona axborot makoniga aylangan hozirgi davrda g'oyalar kurashi kun sayin turli ko'rinishlarda avj olmoqda. Ma'lumki, har bir gazeta-jurnal, radio, televideniya, internet jamoatchilik ongiga turli darajada psixologik ta'sir etish qudratiga ega. Hammamizga ayon bo'lishi kerakki, "axborot asri" deb nom olgan XXI asrda hech qaysi davlat yoki jamiyat o'zini temir devor bilan o'rab yashay olmaydi. Ayni paytda, ahvol shunday ekan deb qo'l qovushtirib o'tirish ham to'g'ri kelmaydi, bunday taxdidlarga javoban, biz ham, sodda bo'lmasdan, zarur chora-tadbirlarni ko'rishimiz kerak.

Modomiki, odamlar matbuotga ko'proq ishonch bilan qarar ekan, demak, gazetada chiqqan imloviy xatolar, g'aliz jumlar, mantiqsiz fikrlar, noto'g'ri atama va iboralar o'quvchini savodsiz qilib qo'yishi, fikrini chalg'itishi turgan gap.

Ayrim radio eshittirishlardagi saviyasiz gaplar, g'aliz jumla va iboralar tinglovchiga ma'naviy oziq berish o'miga uning ongiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Millionlab tomoshabinlar auditoriyasiga ega bo'lgan televideniya haqida ham shunday fikrlar aytish mumkin. Ya'ni ayrim teleko'rsatuvlarda "o'tib ketadigan" mantiqsiz gaplar, saviyasiz lavhalar tomoshabiniga salbiy ta'sir ko'rsatishini izohlashga hojat yo'q.

Internetning salbiy jihatlari: hohlagan odam istalgan axboroti bilan virtual maydonga to'siqsiz kirishi mumkin. Bunda birinchi galda, nazorat yo'qligida foydalanib qoladigan buzg'unchilar ko'payadi. Natijada internet buzg'unchilik, qo'poruvchilik g'oyalarini, pornografiya va boshqa illatlarni targ'ib qiluvchi "makon" ga aylanib qolishi mumkin.

Bugungi zamonaviy OAV zimmasiga tezkor axborot to'plash va tarqatishdek mas'uliyatli vazifadan tashqari mamlakatimiz xalqini ayniqsa, yosh avlodni turli axborot hurujlaridan, mafkuraviy tahdidlardan himoya qilish mas'uliyati ham yuklanadi.

Ommaviy madaniyat" niqobi ostidagi tahdid va ta'sirlar tobora avj olishining oldini olish uchun befarq bo'lishimiz aslo mumkin emas.

Axir axborot maydonida davom etayotgan asosiy maqsad – milliy mafaatlarni himoyasi bo'lmog'i lozim.

KASBIY TA'LIMDA TARBIYANI TO'G'RI TASHKIL ETISH

*Axunova M.R., Rahmatova Z.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Milliy istiqloq tufayli taraqqiyotning barcha sohalarida jadal rivojlanib borayotgan mamlakatimizda yosh avlodning bilim darajasini jahon andozalari talablariga javob beradigan, fan-texnika yangiliklaridan xabardor, mustaqil fikrlay oladigan, hayotga dadillik bilan kirisha oladigan, tadbirkor, ma'naviy jihatdan barkamol qilib voyaga etkazish dolzarb vazifalardan hisoblanadi. Bu esa, avvalo, pedagogika fanini, ta'lim-tarbiya tizimini zamonaviy texnologiyalar asosida takomillashtirishni taqozo etadi.

Ta'lim-tarbiya ishlari bilan shug'ullanuvchilar kasb-hunar homiylari sifatida ajralib chiqa boshlashdi. Ularning ta'lim-tarbiya borasidagi faoliyatlari va to'plangan tajribalaridan o'rinli foydalanishlari pedagogika fanida yangi o'quv yo'nalishlarni vujudga kelishiga olib keldi. Shunday qilib, pedagogikada ta'lim-tarbiyaning maqsad va vazifalari, ularning mazmuni, metodlari hamda tashkil etish shakllari haqida ma'lumot beruvchi kasbiy ta'lim tizimi rivojlandi.

Kasbiy pedagogikaning vazifasi respublikamizda yashovchi turli millat-elatlarning orzu-istaklariga monand ta'lim-tarbiyaning ham nazariy, ham amaliy muammolarini milliy qadriyatlar asosida to'g'ri hal etib berish, yoshlarning iqtidori, qiziqishi, intellektual salohiyatini inobatga olib kasb-hunarga yo'naltirishdir. Bunda islom dunyosida qalam tebratgan allomalarimizdan tortib, zamondosh olimu fuзалolarimizning ta'limotlaridan ta'lim tarbiyaga oid qarashlarini izlab topish, ulardan o'rinli foydalanish maqsadga muvofiq.

Tarbiya haqidagi, kasb-hunar to'g'risidagi g'oyalarning rivojlanishida Imom Buxoriy, At-Termiziy, Abu Nasr Forobiy, Ibn Sino, Abu Rayxon Beruniy, Yusuf Xos Xojib, Axmad Yassaviy, Naqshbandiy, Navoiy, Behbudiy, Abdulla Avloniy va boshqalarning xizmatlari kattadir.

Kasbga yo'naltirishda pedagogning talaba bilan suhbat olib borish va uni kerakli tomonga yo'naltira olishni bilishi, suhbatdoshining ruhiy holatiga qarab suhbat ohangini moslashtira bilishi g'oyat muhimdir. Bunda:

- 1) suhbat uchun oldindan savol tuzish;
- 2) vaqti va o'tkazish joyini belgilash;
- 3) suhbat ishtirokchilarining soni va yoshini hisobga olish;

- 4) suhbat uchun qulay sharoit va erkin gaplashish imkonini yaratish;
- 5) mahmadona va bachkana bo'laslik;
- 6) suhbatdoshning kimligini, xarakter xususiyatini esdan chiqarmaslik;
- 7) suhbat natijalarini zudlik bilan tahlil qilish, qiyoslash, tegishli xulosa chiqarish, lozim bo'lsa qo'shimchalar kiritish va amaliyotga tatbiq etish pedagogik jihatdan qimmatlidir.

Xulosa o'rnida aytish joizki, ijtimoiy hayot, agar inson o'z shaxsiy manfaatini ko'zlab o'qisa, o'rgansa, o'z ustida tinmay qunt bilan shug'ullansa, u oliy ma'lumot olishi mumkin. Lekin haqiqiy mukammal kamolot egasi bo'lishi uchun u ta'lim va ma'lumotdan tashqari, yuksak insoniy fazilatlar asosida tarbiyalangan bo'lishi shart.

OZIQ-OVQAT MAHSULOTINING SIFATI VA XAVFSIZLIGI

*Bekiyeva Malika Jamoldinovna
Andijon davlat tibbiyot instituti o'qituvchisi*

Har qanday tekshirishlar o'rganish, avvalambor unda qo'llaniladigan asosiy tushunchalarga ta'rif berishdan boshlanadi. Xuddi shunday tushunchalarga «Oziq-ovqat», «Oziq-ovqat mahsuloti», «Oziq-ovqat xom ashyosi», «Oziq-ovqat mahsuloti muomalasi», «Oziq-ovqat mahsulotining sifati», «Oziq-ovqat mahsulotining xavfsizligi», «Ovqatga qo'shiladigan biologik faol qo'shimchalar», «Oziq-ovqat mahsulotining yaroqlilik muddati», «Oziq-ovqat mahsulotini qalbakilashtirish», «Toksikologik – gigienik ekspertiza» kabilar kiradi.

Ko'pchilik hollarda har xil me'yoriy hujjatlarda bir xil tushunchalarga turlicha ta'riflar berish hollari uchraydi. Bu esa ularni amaliyotda qo'llashda ba'zi bir qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Shu sababli bu tushunchalarni asosiy qonunlarda qanday keltirilgan bo'lsa aynan shunday tarzda bayon etish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Biz ham shu tamoyilga amal qilgan holda bu fanda foydalaniladigan asosiy tushunchalarning mazmunini 1997-yil 30-avgustda qabul qilingan O'zbekiston Respublikasining «Oziq-ovqat mahsulotining sifati va xavfsizligi to'g'risida»gi Qonuniga asoslanib keltiramiz.

Oziq ovqat – oziq-ovqat xom ashyosidan tayyorlangan hamda natural yoki qayta ishlangan holida iste'mol qilinadigan mahsulotlar;

Oziq-ovqat mahsuloti – oziq-ovqat xom ashyosi, (shu jumladan, etil spirti), oziq-ovqatlar (shu jumladan alkogolli ichimliklar) va ularning tarkibiy qismlari, oziq-ovqat xom ashyosi va oziq-ovqatlarga tegib turadigan moddalar, materiallar, yordamchi va qadoqlash materiallari hamda ulardan tayyorlangan buyumlar birga;

Oziq-ovqat xom ashyosi – oziq-ovqat ishlab chiqarish uchun foydalaniladigan o'simlik, hayvonot, mikrobiologiya, shuningdek, minerallar obyektlari, suv;

Oziq-ovqat mahsuloti muomalasi – oziq-ovqat mahsulotlarini ma'lum shartlar bilan sotish, yetkazib berish va topshirishning boshqa shakllari;

Oziq-ovqat mahsulotining sifati – oziq-ovqat mahsulotlarining iste'mol xossalarini belgilab beradigan va uning odamlar hayoti va sog'lig'i uchun xavfsizligini ta'minlaydigan me'zonlar majmui;

Oziq-ovqat mahsulotining xavfsizligi – oziq-ovqat mahsulotining sanitariya, veterinariya, fitosanitariya normalari va qoidalariga mosligi;

Ovqatga qo'shiladigan biologik faol qo'shimchalar – oziq-ovqat xom ashyosini qayta ishlash yo'li bilan yoki sun'iy usulda qilingan hamda bevosita ovqat bilan birga iste'mol qilishga yoki oziq-ovqat mahsulotlari tarkibiga qo'shishga mo'ljallangan tabiiy aynan o'xshaydigan biologik faol moddalarning konsentratlari;

Oziq-ovqat mahsulotining yaroqlilik muddati (foydalanish muddati) – bu muddat davomida oziq-ovqat mahsulotini saqlash, tashish, realizatsiya qilish chog'ida xavfsizlik normalari va qoidalar talablariga rioya etilgan taqdirda u foydalanishga yaroqli bo'lib turadi, bu muddat tamom bo'lganidan keyin esa mahsulot odamlar hayoti va salomatligi uchun xavfli bo'lib qolishi mumkin;

Oziq-ovqat mahsulotini qalbakilashtirish - oziq-ovqat xom ashyosining hamda oziq-ovqatlarning xossalari va mezonlarini ataylab qo'shiladigan tabiiy holdagi yoki sintez qilingan moddalar, birikmalar;

Tovarning iste'mol qiymati – ularning iste'molchilar (xaridorlar, mijozlar) ma'lum ehtiyojlarini qondira olish qobiliyatini ta'minlay oladigan iste'mol xususiyatlari hamda tarkibiy tuzilishi ko'rsatkichlari majmuiga aytiladi. Demak, iste'molchi tomonidan xarid qilinayotgan har qanday tovar, xususan oziq-ovqat tovarlari ma'lum bir iste'mol qiymatga ega bo'lishi va ular iste'molchilar talabini qondirishi zarur hisoblanadi.

Oziq-ovqat tovarlarining iste'mol qiymatini belgilovchi muhim ko'rsatkichlaridan biri ularning inson hayoti, sog'lig'i uchun xavfsizligi eng muhim hisoblanadi. Shu sababli ham bugungi kunda hayotiy faoliyatimizda qo'llanilib kelinayotgan «Standartlashtirish to'g'risida»gi (1993 y.), «Mahsulotlar va xizmatlarni sertifikatlashtirish to'g'risida»gi (1993 y.), «Iste'molchilarning huquqlarini himoya qilish to'g'risida»gi (1996 y.), «Oziq-ovqat mahsulotlarining sifati va xavfsizligi to'g'risida»gi (1997 y.) Qonunlarining qabul qilinishi buning yaqqol namunasidir.

Oziq-ovqat tovarlari bilan ishlaydigan subyektlarga esa tovarshunos-ekspertlar, marketologlar, sotuvchilar, sotuvchi menejerlar, omborxona xodimlari, oziq-ovqat laboratoriyasi xodimlari kabilarni kiritish mumkin.

Oziq-ovqat tovarlari sifat ekspertizasining predmeti bo'lib oziq-ovqat tovarlarining iste'mol qiymati, shuningdek uni bilish va ta'minlash uslublari hisoblanadi. Faqatgina oziq-ovqat tovarlarining iste'mol qiymatigina ularning tovarligini belgilaydi, ya'ni ular iste'molchilarning aniq bir ehtiyojlarini qondiradi. Agar oziq-ovqat tovarlari qiymati bo'yicha iste'molchi ehtiyojini qondirmasa, u holda bu tovarga talab shakllanmaydi va undan foydalanilmaydi.

Oziq-ovqat tovarlari sifat ekspertizasida asosiy tamoyillari - haqqoniylik, hech kimga bo'ysunmaslik (mustaqil faoliyat yuritish), layoqatlilik, sistemali yondashuv, samaradorlik va xavfsizlik singari tamoyillar hisoblanadi. Quyida bu tamoyillarning mazmunini kengroq yoritishga harakat qilamiz.

Haqqoniy (to'g'ri) baholash tamoyili deganda ekspert baholashni o'tkazish jarayonida subyekt tomonidan yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan xatolarni iloji boricha kamaytirish, xatolikka yo'l qo'ymaslikdan iboratdir. Bu tamoyilga amal qilish oson kechmaydi, chunki ekspert baholashda ishtirok etuvchilarning har bir individual ko'rsatkichlarga egadir.

Masalan, ularning sezish organlari har xil rivojlangan, bilim va malakalari, kasb-korlari ham har xil bo'lishi mumkin.

Shu sababli bu kamchiliklarni tuzatish uchun maxsus o'lov vositalari va uslublaridan foydalanishadi.

Masalan, ekspert komissiyalarini ma'lum bir ko'rsatkichlari bo'yicha tashkil etish ham shunga kiradi.

Hech kimga bo'sunmaslik tamoyili ekspert natijalarining haqqoniyligini ta'minlashning birdan-bir shartidir. Bu tamoyilning asosiy ma'nosi shundan iboratki, ekspertning ekspertiza natijasi bilan qiziqadigan har qanday odamga bog'liqlik joyi bo'lmasligi kerak. Ekspert natijasi bilan qiziqadigan tomonlar esa ishlab chiqaruvchi, sotuvchi va tovarni iste'mol qiluvchilar ham bo'lishi mumkin.

Layoqatlilik (kompetentnost) tamoyili ekspertning tovarshunoslik sohasidagi maxsus bilimga va tovar bilan ishlash tajribasiga ega ekanligi bilan tushuntiriladi. Tovar ekspertizasi o'tkazish uchun birinchi navbatda tovarning fizik, kimyoviy, fizik-kimyoviy xususiyatlarini va ularga ta'sir qilish omillarini yaxshi bilish talab etiladi. Bundan tashqari ekspert tovar ishlab chiqarish texnologiyasi, tovar xarakatini tashkil etish, tijorat faoliyati hujjatlarini yuritish, narx siyosati, marketing, menejment kabi maxsus fanlardan ham etarli darajada bilimlarga ega bo'lishi maqsadga muvofiq hisoblanadi. Shu sababli ham mana shu fanlarni o'qitish «ekspertiza» sohasida ta'lim oluvchi talabalarning o'quv rejasiga albatta kiritiladi.

Ekspertlar ham boshqa mutaxassislar singari o'z malakaviy bilimlarini yangilab va chuqurlashtirib borishlari kerak. Buning uchun ular ilmiy, o'quv adabiyotlarini o'rganib, mustaqil ravishda doimiy malakalarini oshirib borishlari talab etiladi.

Sistemali yondashuv ekspert uchun istalgan ekspert baholashda zarurdir. Buning mohiyati ekspertiza uchun zarur bo'ladigan ma'lumotlarni ma'lum guruhlariga, sistemalarga kiritishdan iboratdir. Masalan, tovarlarni ekspertiza qilishda ularni ma'lum guruhlariga kiritish katta ahamiyat kasb etadi. Ularni bunday guruhlariga kiritish ilmiy asoslangan bo'lishi kerak. Lekin, bu sohada hozirgacha ma'lum kamchiliklar mavjud.

Samaradorlik tamoyili shundan iboratki, tovar ekspertizasi so'nggi natijasi tovarlardan ratsional foydalanish, tovarlarning siljishini to'g'ri tashkil etish, xom ashyo, material, elektroenergiyalarni tejash, shuningdek material va tovar chiqimlarini kamaytirishni ta'minlashi zarur.

Masalan, yangi tovarlarni ekspert baholashda albatta xom ashyolar sarfiga katta e'tibor beriladi. Shundan so'ngragina yangi tovarni katta miqdorda yoki kichik hajmda ishlab chiqarish haqida qaror qabul qilinadi.

Tovarning va xizmatlarning xavfsizligi tovar ekspertizasi asosiy tamoyillaridan biri hisoblanadi. Xavfsizlik deganda tovarning kishi organizmiga keltiradigan zarari xalqaro tashkilotlar tavsiyalaridan oshmasligi kerak (MS ISO 8402, 2.8 bandi). Tovar ekspertizasi o'tkazishda ekspertlar tovarlar va xizmatlar kishilarning hayoti, sog'lig'i va atrof-muhitga qanchalar zararli ta'sir ko'rsatishi mumkinligini hisobga olishi zarur.

Oziq-ovqat tovarlari ekspertizasi sifat ekspertizasi, gigiyenik ekspertiza va fitosanitariya ekspertizasi singari ekspertiza turlarini o'z ichiga oladi. Oziq-ovqat tovarlarining sifat ekspertizasi yakuniy xulosasi bo'yicha dalolatnoma tuziladi va shu asosda muvofiqlik sertifikatini beriladi.

Gigiyenik ekspertizaning maqsadi oziq-ovqat tovarlarining kishilarning hayoti, sog'lig'i va iste'molchilarning mol-mulki uchun xavfsizligini ta'minlashdan iboratdir.

Oziq-ovqat tovarlariga gigiyenik talablar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- a) kimyoviy, radiatsion, mikrobiologik, xavfsizlik ko'rsatkichlarini;
- b) baliq va nobaliq suv jonivorlarining parazitologik xavfsizlik ko'rsatkichlarini;
- v) oziq-ovqat qo'shimchalarining ruxsat etilgan kontsentratsiya (PDK) ko'rsatkichlarini va hokazolarni.

Davlat sanitariya xizmati organlari tomonidan oziq-ovqat tovarlari va xom ashyolariga berilgan gigiyenik sertifikat oziq-ovqat mahsuloti, texnologiya, uskuna va boshqa jarayonlar amaldagi sanitariya normalari va qoidalariga mos ekanligini tasdiqlaydigan hujjatdir. Gigiyenik sertifikat oziq-ovqat mahsulotlarini ishlab chiqarishga joriy etishda, chet el tovarlarini mamlakat ichkarisiga olib kirishda majburiy hujjat hisoblanadi.

Gigiyenik sertifikatni berish uchun asosiy hujjat akkreditatsiyadan o'tgan sinov laboratoriyalari tomonidan beriladigan sinov bayonnomasi hisoblanadi. Shuningdek, oziq-ovqat mahsulotlarini o'rab-joylash uchun ishlatiladigan materiallar, idishlar ham gigiyena sertifikatiga ega bo'lishi talab etiladi.

Fitosanitariya ekspertizasi o'simlik mahsulotlarining karantin xavfsizligini aniqlash uchun o'tkaziladi.

Fitosanitariya ekspertizasi maqsadi qishloq xo'jalik zararkundalarining tarqalishining oldini olishdan iboratdir. Fitosanitariya ekspertizasi natijasi bo'lib, ekspertiza dalolatnomasi yoki fitosanitariya sertifikatini berish taqiqlanadi. O'simlik xomashyolariga fitosanitariya sertifikatsiz muvofiqlik sertifikatini berish taqiqlanadi.

DETERMINATION OF THE NUMBER OF LACTOBACTERIA IN LACTIC ACID PRODUCTS

*Dadakhanova R.A.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Modern science has established that the microflora of the human body is as important system as any other, for example, bronchopulmonary or cardiovascular. About 90% of the cells of the human body are cells of microorganisms coexisting with humans. If for some reason the number of useful microflora of the large intestine, represented by various types of bifidobacteria and lactobacilli, decreases, the conditionally pathogenic microflora begins to multiply more actively and upset the correct balance of its microbiome.

Meat and meat products are an important group of highly nutritious products that form part of the diet of most consumers around the world due to the content of a wide range of nutrients necessary for optimal growth and development. In recent years, many studies have focused on the development of functional meat-based foods, the main task of which was to increase the content of substances useful to the human body. They are based on approaches that affect livestock practices (genetics and nutrition) and technological processes for the production of meat products. A number of approaches can be used to remove, reduce, increase, add or replace various functional ingredients, such as probiotic microorganisms. The most common probiotics used in meat products are bacteria of the genus *Lactobacillus* and *Bifidobacterium*. Probiotics were used as bioprotection against pathogenic microflora.

The purpose of the study: Screening assessment of the actual content of lactobacilli in fermented milk products of the distribution network. For its implementation, the following tasks had to be solved: to prepare the primary culture medium, to

purchase fermented milk products with lactobacilli in a retail network, to familiarize themselves with the methods of isolating lactobacilli from them.

Materials and methods of research: In the work 6 fermented milk products of different manufacturers were used. To determine the number of lactobacilli, the isolation of their cultures was carried out by measuring inoculation (0.1 ml) in a column of lactobacillus ten-fold dilutions of the food product in physiological solution of sodium chloride.

Research findings: Crops were incubated in an aerobic atmosphere at a temperature of 37 ° C for 48 hours. Based on the morphological and tinctorial properties of the isolated culture, the nature of its colonies in the agar column and the cultivation of a food product that gave visible growth, it was concluded that it contains lactobacilli.

It was found that in 4 products the content of lactobacilli was not less than 107 CFU / ml of the product, from 2 products of culture of lactobacilli were not isolated, despite the middle of its shelf life.

Conclusions: Thus, the problem of food quality control, including microbiological, remains extremely urgent, since at present it actually depends on the integrity of the manufacturer.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MICROFLORA OF THE INTESTINE IN HEALTHY CHILDREN AND CHILDREN WITH ATOPIA

*Dadakhanova R.A.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: The problem of allergic diseases (A3) in children is one of the leading places in pediatrics. Among allergic diseases in children, atopic dermatitis (AD) occupies an important place, the prevalence of which is steadily increasing. In the structure of allergies in children, allergic dermatosis reach 40-60% of all diseases.

In the structure of A3 in childhood, blood pressure occupies the first place - 50-75% of the entire allergopathology and makes up 13 to 28% of the child population in economically developed countries. After the onset of puberty, the incidence of blood pressure is 10-15%, and the risk of developing other A3 in these patients reaches 40-60%.

The purpose of the study: To determine the quantitative and qualitative composition of the microflora of the large intestine in young children with atopy

Materials and methods of research: Bacteriological methods for the study of colon microflora.

Research findings: We have studied the quantitative and qualitative composition of fecal microflora in 15 young children (up to 3 years) with and without atopic dermatitis.

All children were divided into two groups 1 - composed of healthy children (7), without signs of atopic dermatitis, 2 - children with varying degrees of severity of atopic dermatitis (8).

When analyzing the anamnesis (complaints of rapid watery stools, bloating, rumbling, anxiety of a child), data were revealed for possible changes in the intestinal microflora only in $17.8 \pm 2.2\%$, and the change in this indicator both in group 1 of children and in 2 fluctuated slightly: $16.0 \pm 3.2\%$ and $19.6 \pm 3.3\%$, respectively.

In a laboratory study in children of group 2, changes in the luminal microflora of the large intestine were present in $95.0 \pm 3.1\%$ of cases. Only $5.0 \pm 3.0\%$ of children intestinal microflora remained unchanged.

In the group of these children with a mild course of atopic dermatitis ($53.0 \pm 7.0\%$), microflora changes were weakly expressed. Deeper changes in the intestinal microflora were observed in children with severe atopic dermatitis, which amounted to $47.0 \pm 7.0\%$.

In children, along with a decrease in the content of bifidobacteria to $10 \times 6 - 10 \times 7$ CFU / g, lactobacilli to 10×4 CFU / g, associations of opportunistic microorganisms were detected at a concentration of $10 \times 6 - 10 \times 7$ CFU / g, including fungi of the genus *Candida* were found in 42.3% of children in the amount of $10 \times 5 - 10 \times 6$ CFU / g. (As you know, the content of yeast-like fungi in the colon in healthy children should not exceed $10 \times 2 - 10 \times 3$ KOE / g of feces.)

In group 1 of healthy children, we also found changes in microflora, with changes of degree I prevailing over more pronounced microbiological changes. $63.9 \pm 5.4\%$ of children in this group showed a decrease in bifidobacteria to 10×8 CFU / g, lactobacilli to $10 \times 5 - 10 \times 6$ CFU / g, typical *Escherichia* to 10×6 CFU / g, and only 12.9% of children in this group *Candida* fungi were found at a concentration of $10 \times 3 - 10 \times 4$ CFU / g.

In $36.1 \pm 5.4\%$ of cases in children of the first group, changes in the intestinal microflora were not detected.

In group 2, changes in the luminal microflora of the large intestine were present in $95.0 \pm 3.1\%$ of cases, and only in $5.0 \pm 3.0\%$ of children the intestinal microflora remained unchanged, fungi of the genus *Candida* were found in 42.3% children in the amount of 10×5 -

Conclusions: Thus, in children with atopic dermatitis, a decrease in the number of anaerobic representatives of obligate microflora with high antagonistic activity and an increase in the number of *Candida* fungi, which were found in various concentrations in 79.2% of all examined children, were simultaneously revealed.

Based on the results of our microbiological study, it can be assumed that if the microecological balance in the colon is disturbed, favorable conditions are created for the propagation of opportunistic microorganisms, including *Candida* fungi, which in turn can contribute to the development of candidiasis and be an additional source of endogenous sensitization of the body.

RESEARCHING OF TECHNICAL METHODS IN ULTRASOUND DIAGNOSIS

*Gulomov Sh.A., Ubaydullayeva G.X.
Andijan State Medical Institute*

Ultrasound is more accessible than ever, the utility of ultrasound extends across the entire continuum of care and has become fundamental to providing cost-effective care for patients around the world. Though ultrasound originated within traditional imaging, novel point-of-care applications are now being performed by multiple specialties and are contributing to better patient

care pathways that are safer and more economical than traditional imaging. Furthermore, there is a growing body of evidence about the benefits of point-of-care ultrasound and why it should be standard care for many disease states.

Ultrasound gives clinicians incredible insight—the ability to look into patients bodies and diagnose, screen, intervene, treat, and monitor. All diagnostic ultrasound applications are based on the detection and display of acoustic energy reflected from interfaces within the body. These interactions provide the information needed to generate high-resolution, gray-scale images of the body, as well as display information related to blood flow. Its unique imaging attributes have made ultrasound an important and versatile medical imaging tool. However, expensive state-of-the-art instrumentation does not guarantee the production of high-quality studies of diagnostic value

There is a drawback when it comes to using medical ultrasound imaging, in that, the quality of the image is generally corrupted. This corruption is caused by a form of locally correlated multiplicative noise called, ‘speckle’.

Speckle is the main problem in ultrasound images which affects the diagnostic information. For some diagnostic applications, the nature of the reflecting structures creates important conflicts. For example, most vessel walls behave as specular reflectors that require insonation at a 90-degree angle for best imaging, whereas Doppler imaging requires an angle of less than 90 degrees between the sound beam and the vessel. An important source of image degradation and loss of contrast is ultrasound speckle. Speckle results from the constructive and destructive interaction of the acoustic fields generated by the scattering of ultrasound from small tissue reflectors. This interference pattern gives ultrasound images their characteristic grainy appearance, reducing contrast and making the identification of subtle features more difficult.

In health care, sometimes we get so swept up by the excitement of new features and gadgets that we forget the primary purpose of any imaging solution is to help the clinician better understand what is happening with their patient. That bond is paramount. One of the unique characteristics of ultrasound, separating it from other imaging modalities, is the way in which it allows a clinician to remain present with his or her patient at the bedside, preserving the important human connection so key to effective diagnosis and care. Ultrasound is a seductive tool. It can be enormously useful and literature is overflowing with evidence of its potential in point-of-care settings.

YARIMO'TKAZGICHLI LAZERLARNING DERMATOLOGIYA SOHASIGA QO'LLASH TAJRIBASIDAN

¹Jo'rayev D., ²Artiqov A.
Andijon mashinasozlik instituti¹
Andijon davlat universiteti²

Yarimo'tkazgichli lazerlarning tibbiyotda, hususan, lazer dermatologiyasida qo'llanilishi, hamda ushbu sohada o'tkazilgan ba'zi tibbiy-fizioterapevtik tadqiqodlar va ularning natijalari bayon qilingan

Tayanch so'zlar: Yarimo'tkazgich, lazer, dermatologiya, tibbiy, fizioterapevtik

Описаны применение полупроводниковых лазеров в медицине, в частности, в лазерной дерматологии, а также некоторые медико-физиотерапевтические исследования, проведенные в этой области, и их результаты

Ключевые слова: полупроводник, лазер, дерматология, физиотерапевтический, медицина

The article describes the use of semiconductor lasers in medicine, in particular, in laser dermatology, as well as some medical and physiotherapy studies conducted in this area, and their results

Keywords: semiconductor, laser, dermatology, physiotherapy, medicine

Quyida yarimo'tkazgichli lazerlarning tibbiyotda, hususan, lazer dermatologiyasida qo'llanilishi, hamda ushbu sohada o'tkazilgan ba'zi tibbiy-fizioterapevtik tadqiqodlar va ularning natijalari bayon qilinadi.

Bugungi kunda Dermatologiyada ko'plab og'ir va surunkali teri kasalliklarini davolashda 0,85-0,89 mikrometr to'lqin uzunlikli yarimo'tkazgichli lazer nurlaridan samarali foydalanib kelinmoqda. Lazer nuri bilan nurlantirish jarayonida inson organizmida regenerativ jarayon va moddalar almashinuvi faollashadi. Dermatologiyada lazerlardan foydalanishning asosiy printsiplari shundan iboratki, yorug'lik faqat uni yutadigan moddalarga ta'sir qiladi. Terida yorug'lik maxsus moddalar - xromoforlar tomonidan yutiladi. Har bir xromofor uchun ma'lum bir spektr (to'lqin uzunligining ma'lum bir oralig'i) dagi nurlanish yutulish xarakterli bo'ladi. To'g'ri sariq va yashil rangli spektrlar qondagi gemoglobingata'sir qiluvchi spektrlar bo'lsa, soch melaninlarida va teridagi defektlarda qizil spektrlar ko'proq yutiladi. Aslida muayyan chastotalar ma'lum jarayonlarni faollashtirish xususiyatiga ega bo'lib, ayni o'sha chastotadagi nurlarni ko'proq yutadi va o'sha chastotalarda relaksatsion yutulish polosasini namoyon qiladi. Shu chastotaga mos keluvchi jarayonlarning xarakterli vaqtlari chastotaga teskari proporsional bo'ladi. Bunday jarayonlarga yashil nurlar bilan ta'sir qilinsa kechayotgan jarayonlar muvozonati keskin buzuladi va organizmga nurlar salbiy ta'sir qilishi mumkin. Ikkinchi tamondan nurning intensivligi, ta'sir etish vaqtining davomiyligi ham katta bo'lsa shunga o'xshash salbiy jarayonlar sodir bo'lishi mumkin. Shuning uchun teriga zaif ta'sir prinsipida nurlanish beriladi. Bu shu darajada murakkabki, turli insonlarning terilari nurlanishga turlicha reaksiya beradi. Bu holatni hisobga olmaslik ham salbiy natijalarga olib kelishi mumkin. Shuning uchun dermatologik fizioterapevtik lazerli terapiyaning amaliy shartlari ancha murakkab bo'lib, ko'plab faktorlarni hisobga olishni taqazo etadi.

Lazer nurlanishi terida yutilganda, lazer nurining energiyasi terining xromoforini o'z ichiga olgan qismida issiqlikka aylanadi. Yetarli lazer nurlari kuchi bilan teri nuqsonlarini termal yo'q qilish imkonini yaratadi. Natijada, lazer yordamida tanlab davolash, ya'ni muayyan xromaforga ta'sir etish mumkin bo'ladi. Soch ildizlari, yoshga oid teridagi dog'lar va terining boshqa nuqsonlari shular jumlasidandir.

Teri va teri osti muskullaridagi suyuqlikning, yuqori issiqlik o'tkazuvchanligi tufayli, qo'shni sohalarda, hatto oz miqdordagi nuri yutuvchi xromoforlari bo'lsa ham, ma'lum darajada isish-temperatka gradiyenti paydobo'ladi. Yutish va issiqlik uzatish jarayonlari nuqsonli xromoforning fizik xususiyatlariga, chuqurligi va hajmiga bog'liqdir. Shuning uchun lazer dermatologiyasida nafaqat to'lqin uzunligini, balki lazer impulslarining energiyasini va davomiyligini ham diqqat bilan tanlash juda ham muhimdir. Aynan shu xususiyatlarni inobatga olgan holda dermatologik kasalliklarni davolashda yarimo'tkazgichli lazerlardan foydalanish maqsadga muvofiq qilgan.

Olib borilgan tadqiqodlarda "Psoriasis" kasalligini davolash uchun yarimo'tkazgichli lazer nurlanishlari, ta'sirini o'rganildi. Buning uchun takrorlanish chastota diapazoni 5-500 kHz bo'lgan impulslar lazer nurlanishini xosil qiluvchi "МИЛТА

Ф 8 – 01” rumumli davolovchi lazer uskunasidan foydalanildi. Aparat keng miqyosdagi kasalliklarni davolash uchun yaratilgan bo'lib, bu aparat yordamida bemorga doimiy magnit maydoni, impulsli lazer va uzluksiz yorug'lik nurlanishlari hamda yaqin infraqizil nurlanishlar bilan ta'sir qilishga mo'ljallangan. Shuning bilan bir vaqtda qurulma teri qatlamlaridan qaytgan IQ nurlanishlarni qayta ishlash yo'li bilan tashxis qilishga ham mo'ljallangan.

Ma'lumki, psoriazda teri to'qimalarida qoluvchi nuqsonlarga lazer nurining qo'llanilishi natijasida organizmda regenerativ jarayon va moddalar almashinuvi faollashadi. O'tkazilgan tajribalarda “lazer nurlari bilan teri nuqsonlarini termal yo'q qilish” hodisasi kuzatildi. Terapiya, turli darajada psoriaz bilan hastalangan bemorlarning 12 nafarida o'tkazildi.

Yarimo'tkazgichli lazerlar nurlanishining dermatologik kasalliklarga ijobiy ta'sir etish sabablari va mexanizmlarini yanada chuqurroq o'rganish va taxlil etish Andijon davlat tibbiyot instituti, Dermatovenerologiya kafedrasida, kafedra mudiri, professor, Paqridinnov Adham Begishovich rahbarligi va nazorati ostida olib borildi.

INTERLEUKIN BLOOD LEVEL IN PATIENTS WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS LAMBLOZIA

*Khajimatov R.S., Khajimatova G.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: According to WHO, around 200 million people are infected every day with giardiasis throughout the world. Of these, 500 thousand. People (0.25%) Giardia is manifested clinically. In Uzbekistan, the incidence of children with giardiasis is between 10 and 30% (Abdiev, TA et al., 2009). At the same time, the pathogenetic mechanisms of the involvement of cytokines in the implementation of the immune response in patients with various clinical forms of giardiasis are not well understood.

Objective: To determine the blood level of interleukins with pro-inflammatory (IL 1 Δ) and anti-inflammatory (IL4) properties in patients with various clinical forms of giardiasis.

Materials in the methods: 45 patients were examined with various clinical forms of lymphobia (15 - with intestinal, 15 - biliary-pancreatic, 15 - mixed) aged from 18 to 60 years. As a control, 15 practically healthy individuals of similar age were examined. To determine the vegetative forms and lamblia cysts, the method of Kalantaryan E.V. (1973). In order to confirm the diagnosis of giardiasis, serological studies were carried out to determine the anti-lenticular antibodies IgM and IgG in the blood by ELISA. The blood levels of IL1 0 and IL4 were determined by ELISA using the cytokine test system (St. Petersburg). The obtained digital data is processed by the method of variation statistics.

Results: Studies have shown that in patients with various clinical forms of giardiasis, the blood level of IL 10 was significantly higher than in healthy patients (in patients with the intestinal form of giardiasis - 34.8 ± 2.3 nkg / MD, biliary-pancreatic form - 42.01 ± 2.8 nkg / ml, mixed - 48.01 ± 3.3 nkg / ml, at a rate of 22.8 ± 1.9 nkg / ml). In relation to IL4, the opposite picture was observed. In patients with biliary-pancreatic form of giardiasis, there was a significant decrease in blood levels of IL 10 (intestinal form - 22.01 ± 0.9 nkg / ml, biliary-pancreatic - 18.01 ± 0.8 nkg / ml, mixed 16.0 ± 1.1 nkg / ml). It should be noted that the highest increase in blood levels of IL 10 and, conversely, the lowest blood levels of IL4 were found in patients with a mixed form of giardiasis.

Conclusion: Strengthening the production of blood leukocytes IL-10 and reducing the level of IL-4 may be one of the pathogenetic mechanisms that explain the peculiar clinical course of giardiasis with possible outcomes and complications.

EXPERT ASSESSMENT OF DAMAGES OF THE ORGANS OF THE CHEST CELL IN CONNECTION WITH THE INJURIES OF OTHER SKELETON BONES

*Khajimatov R.S., Khajimatova G.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Damage to the chest, combined with fractures of limbs, is the most difficult section of traumatology, including forensic medicine.

Objective: To study damage to the chest organs with concomitant injuries of other bones of the skeleton and to provide expert evaluation of these injuries.

Material and methods: The analysis of 174 victims with combined and multiple injuries of the chest in combination with injuries of other bones of the skeleton, treated in the trauma wards of clinics in Tashkent over the past 5 years. Of these, there were 147 men, 27 women aged from 8 to 79 years. According to the mechanism, road injuries prevailed - in 76, household injuries - in 39, street injuries - in 36, industrial and agricultural injuries - in 20, and sports injuries - in 1 patient.

Results: It was established that 305 types of injuries of the chest and its organs were observed in the victims. Of these, two or more rib fractures were found in 73, single rib fractures in 27, extensive chest contusions in 24, and gunshot wounds in the bonds of patients. These injuries in 19 cases were accompanied by partial damage to the lung tissue, 1 - complete, in 5 - injury of the diaphragm and in 3 - the pleura. Penetrating wounds of the chest with complete lung injury occurred in 21, partial - in 7 patients. Along with 305 types of damage to the chest and its organs, 94 patients had a combination of injuries to the other bones of the skeleton. Of these, the first place was occupied by cranial injuries - in 72 (brain concussion of varying degrees were in 47, fractures of the vault and skull base - in 16, brain injuries - in 9 patients), second place - fractures of the support and movement organs (fractures of the clavicle - 10, the bones of the forearm 14, the femur 15 and the bones of the lower leg - in 3 cases). Of the 174 patients, 25 people died, which is 14.4% of the total. The cause of death was severe traumatic and hemorrhagic shock, changes in the cardiovascular system. When analyzing the deaths, it turned out that patients were not always provided first aid at the scene and during transportation, did not take into account the phases and degrees of shock, did not pay enough attention to the stabilization of impaired function of vital organs.

Conclusions: Combined injuries of the chest and its organs with thoracic injuries are severe injuries, resulting in high disability and mortality. The given data may be useful in expert assessment of the severity of bodily injury in case of these injuries and qualify as serious, life-threatening damage.

PROCESSING MEDICAL IMAGES USING COMPUTER SIMULATION IN MATLAB

Khomidov M.E
Andijan state medical institute

Image processing is an important area of application of modern computer technology. The main tasks of image processing are filtering and restoration of images, image segmentation, as a means of information compression, clustering. The problems of image recognition, in addition to the classical task of recognizing figures of a given shape in an image, pose new tasks of recognizing lines and angles in an image, recognizing the edges of an image.

The article discusses the digital processing of biomedical images in MatLab. Filtration, detecting and segmentation algorithms are considered. Image processing using the Image Processing Toolbox is presented. Examples of packet wavelet signal processing are given. Various image processing and analysis functions have been applied, including linear and nonlinear filtering, analysis of the two-dimensional spectrum of spatial frequencies of the image, and others.

MATLAB is a high-level language and interactive environment for programming, numerical calculations and visualization of results. With MATLAB, you can analyze data, develop algorithms, and create models and applications. The language, tools and built-in mathematical functions allow you to explore different approaches and get a solution faster than using spreadsheets or traditional programming languages such as C / C ++ or Java. MATLAB is widely used in such fields as signal processing and communication, image and video processing, control systems, test and measurement automation, financial engineering, computational biology, etc. More than a million engineers and scientists around the world use MATLAB as a language of technical computing [3].

MATLAB provides many methods for data analysis, algorithm development, and model building. MATLAB language includes mathematical functions for engineering and scientific operations. Built-in mathematical functions use processor-optimized libraries designed to accelerate vector and matrix calculations.

Wavelets have become widely used in signal and image processing techniques, in particular for compressing them and cleaning them from noise. Integrated circuits were created for wavelet processing of signals and images.

There are several approaches to the definition of a wavelet: through a scale filter, a scale function, and a wavelet function. Wavelets can be orthogonal, semi-orthogonal, biorthogonal. Wavelet functions can be symmetric, asymmetric and asymmetric, with a compact domain of definition and not having one, and also have a different degree of smoothness.

This article is aimed at collecting methodological contributions to improve complexity-based methods of bio signals analysis and using the graphical interactive image processing environment MATLAB. This environment contains various functions for image processing and analysis, including linear and non-linear filtering, analysis of the two-dimensional spectrum of spatial frequencies of the image, histogram correction, the study of local image properties by extracting fragments and sections, a three-dimensional representation with illumination, packet wavelet image processing.

Biomedical signals reflecting changes in functional processes in the human body. Biomedical signals generated by such systems may carry information on the system complexity, information that may help to detect physiological states, to monitor the health conditions over time or to predict pathological events.

APPLICATION OF WAVELET TRANSFORM TO THE PROCESSING OF MEDICAL SIGNALS AND IMAGES

Khomidov M.E
Andijan state medical institute

Wavelet analysis is an exciting new method for solving difficult problems in mathematics, physics, and engineering, with modern applications as diverse as wave propagation, data compression, signal processing, image processing, pattern recognition, computer graphics, the detection of aircraft and submarines and other medical image technology. Wavelet transform is gaining widespread popularity in the diverse fields as telecommunications, computer graphics and biology. Due to its good adaptability to the analysis of nonstationary signals (that is, those whose statistical characteristics change over time), it has become a powerful alternative to the Fourier transform in a number of medical applications. Since many medical signals are unsteady, wavelet methods are used to recognize and detect diagnostic signs, as well as to compress images with minimal loss of diagnostic information.

Detection of coronary heart disease

Coronary artery disease (CAD) is the leading cause of death in industrialized countries. Therefore, early detection of CAD is considered one of the most important areas of cardiological research. Several diagnostic methods have been developed, which are divided into invasive and non-invasive.

Turbulent blood flow

It is known that blood flow turbulence is the cause of sounds, the analysis of which can be very useful for the early detection of cardiac abnormalities. Important information is also contained in heart rate variability (Heart Rate Variability.). The preliminary results of applying wavelet analysis to these signals are encouraging. In the case of Heart Rate Variability, the digitized signal is decomposed into wavelet functions at several resolution levels. At each level, the coefficients are details that arise when moving from one scale to another.

Identify irregular heartbeats

Many people, especially in old age, sometimes experience abnormal, or ectopic, ventricular contractions that do not cause any other symptoms. Recently, wavelets have been used to identify ectopic heartbeats and clear the ECG signal from noise. This technique, as described above, is based on the expansion of the ECG in a series of wavelets at different scales. Anomalous contractions are usually located at large (low-frequency) scales, and normal structures - at smaller (high-frequency) scales. Another successful application of the wavelet technique relates to variations in heart rate. It is known that the time series of intervals between heart contractions is unsteady and exhibit complex behavior.

Wavelets in Electroencephalography

Electroencephalography is a technique that uses measurements of the electrical activity of the brain using electrodes placed at specific points between the skin and skull. EEG is a complex signal, the statistical properties of which depend on both time and the place of measurement. In this sense, the EEG signal is unsteady, and from a dynamic point of view, it has chaotic behavior.

Wavelets in Digital Mammography

The breast consists of three types of tissue visible on the mammogram: fibrous, glandular and fat. Fibrous and glandular tissues have approximately the same radiographic density, and they cannot be adequately divided on the mammogram. Adipose tissue is better at transmitting x-rays, which ensures proper contrast. The use of computer methods in digital mammography is aimed at increasing the effectiveness of the radiologist in detecting breast cancer, minimizing the number of unnecessary biopsies. There are several algorithms developed for this that detect mass concentration, calcification, and also evaluate parenchymal density. Along with other methods, wavelet transform is also used in this area. These studies give reason to hope that the use of wavelet analysis to classify and improve image quality on mammograms, combined with progress in the field of radiographic screens and films, will increase the effectiveness of early diagnosis of breast cancer.

Compression of medical images using wavelets.

The last of the wavelet analysis applications in medicine that we will mention in this article is image compression. Digital images replace conventional ones in many areas, and medicine is no exception. But the large amount of data contained in digital images greatly slows down their transmission and increases the cost of storage. The most important task of image compression is to reduce this volume while maintaining acceptable quality. Compression can be achieved by converting the data, decomposing them into a functional basis and subsequent coding. The nature of the signals and the mechanism of human vision suggest the use of bases of functions that well approximate non-stationary signals, as well as localized in time and frequency. The two-dimensional wavelet transform satisfies these conditions. Recent studies on wavelet compression of medical images show that this technique allows you to save diagnostically significant signs, despite a slight decrease in image quality and the appearance of artifacts.

The wavelet approach is more efficient for applications demanding high visual quality which often happens in medical image and signal processing and compression. Processing of medical signals and images using a wavelet analysis does not distort the initial data, but rather reveals the fine structures of organs in different types of studies, specially visualized and enhanced for high-quality visual diagnostics.

GIPOIREOIDIZMGA OLIB KELUVCHI ETIOLOGIK OMILLAR VA BUNDA KUZATILADIGAN BELGILAR

*Mo'minova G.A., Boboxanov X.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Shiddat bilan taraqqiy etayotgan asrimizda turli kasalliklar ham ko'payib boryapti. Bunda endokrinologik kasalliklarning salmog'i ham yuqori ekanligini ta'kidlab o'tmoq kerak, albatta. Endokrin sistema inson organizmida nechoqli muhim ekanligini, uning inson a'zolarining ishini idora etishi orqali ham anglashimiz mumkin. Demak, bu tizim bilan bog'liq xastaliklar a'zolarining ham ishi buzilishiga olib keladi. Buni qalqonsimon bez kasalliklari misolida ham ko'rishimiz mumkin. Har tug'ilgan chaqaloqlarning 4000 tasidan birida bu bez funksiyasi yetishmovchiligi qayd qilingan. Dunyo bo'yicha, taxminan, 200 million odamlarda qalqonsimon bezning u yoki bu funksiyasi buzilishi aniqlangan. Bu holatlarning 80%i gipotireoidizm bilan bog'liqdir.

Gipotireoidizm –struktur yoki funksional buzilish tufayli qalqonsimon bez gormonlarining hosil bo'lishining kamayishi bilan karakterlanuvchi kasallik. "*Gipotireoidizm*" so'zi yunonchadan olingan bo'lib, *hypo-* kamayish, *threos* qalqon, *eidos* -simon, degan ma'nolarni anglatadi. Bu kasallik yosh va jinsga bog'liq, ya'ni yosh kattalashgan sari va ayollarda uchrash ehtimoli yuqori. *Gipotalamik-gipofizar-qalqonsimon bez* yo'lidagi har qanday defektlar sababli kelib chiqadi. Gipotireoidizm qalqonsimon bezdagi anomallikdan kelib chiqishi yoki gipofiz va gipotalamusdagi kasalliklardan yuzaga kelishiga qarab mos ravishda **birlamchi** va **ikkilamchi** shakllarga bo'linadi. Ular haqida quyidagi jadvalda keltirilgan:

Birlamchi (boshlang'ich)	Ikkilamchi (markaziy)
Tug'ma (kongenital) gipotireoidizm	Tireotrop gormon yetishmasligi
Autoimmun gipotireoidizm	Gipopituitarizm
yatrogenik gipotireoidizm	Gipotalamus zararlanishi

Kongenital gipotireoidizm, asosan, endemik yod yetishmovchiligida kelib chiqadi. Shuningdek, bunga qalqonsimon bez gormonlari moddalar almashinuvi buzilishi ham sabab bo'lishi mumkin. Masalan, uning sintezi bosqichlarining birortasidagi tug'ma yetishmovchiliklar, ya'ni tirotsitlarga yod transporti buzilishi yoki yod organifikatsiyasi (tiroglobulin, oqsillarning tirozin qoldiqlariga yod bog'lanishi) kamchiliklari yoki bo'lmasa yod tirozinining faol T3 va T4 shakllantirishidagi buzilishlari tug'ma gipotireoidizmga olib kelishi mumkin. Kam hollarda, qalqonsimon bez taraqqiyotiga javobgar genlardagi mutatsiyalar tufayli kelib chiqadigan tiroid gipoplaziya va tiroid agenesiyalar ham bu tipdagi kasallikka sababchi bo'ladi.

Autoimmun gipotireoidizmnining sabablari juda ko'p. Mutaxassislar bu kasallikning kelib chiqishiga surunkali infeksiyon kasalliklar, nurlanish, qalqonsimon bez shamollash kasalliklari ham sabab bo'lishi mumkin. Bu kasallikni Hashimoto kasalligi deyiladi. Bu kasallikda ma'lum antitanalar, jumladan *antimikrosomal*, *antitireoid peroksidaza*, *antitireoglobulin antitanalar* aniqlanadi. Bundan tashqari autoimmun poliendokrin sindromining I va II tiplarida ham autoimmun gipotireoidizm kelib chiqadi.

Yatrogen gipotireoidizm gipertireoidizmni jarrohlik yoki radiatsion yoʻli orqali tiroidektomiya yoʻli bilan davolash tufayli kelib chiqadi. Bundan tashqari gipertireoidizmni davolashda qoʻllaniladigan *metimazol*, *propiltiouratsillar*, shuningdek nontireoid hollarni davolash uchun foydalanilgan *litiy*, *amiodaron* ham gipotireoidizmga olib keladi:

Normal holda: Tireoglobulin+oksidlanagan yod→mono-, diyodtirozillarga ega tireoglobulin [**Katalizator** –*Tioperoksidaza*] Tionamidlar taʼsirida: tireoglobulin+oksidlangan yod+metimazol (yoki propiltiouratsil)→tireoglobulin+yodli metimazol (yoki propiltiouratsil);

Shuningdek, metimazol va propiltiouratsil jarayonni katalizlovchi ferment *Tioperoksidazani* ham ingibirlaydi. Bundan tashqari propiltiouratsil periferiyada *tiroksinning triyodtironinga aylanishini* ham ingibirlaydi.

Qalqonsimon bez gormoni bir qancha toʻqimalarning normal faoliyat yuritishi uchun zarur hisoblanadi. Bezdan ajralgan *tiroksin* (*T4*) boshqa organlarda *Selenga* bogʻliq *yodtironin deydinaza* fermenti taʼsirida triyodtironin (*T3*) ga aylanadi. *T3* hujayralar yadrosidagi gormon restseptorlariga bogʻlanib maxsus genlar va oʻziga xos oqsillar sintezlanishini taʼminlaydi. Qalqonsimon bez ishini gipofizdan ajraladigan *tireotrop gormoni* kuchaytiradi, oʻz navbatida gipofizning bu ishi gipotalamusda ishlab chiqariladigan *tireotropin-rilizing gormoni* orqali boshqariladi. Gipotireoidizm bilan ogʻriydigan bemorlarda uncha ogʻir boʻlmagan simptomlar kuzatiladi yoki umuman simptomlar namoyon boʻlmasligi ham mumkin. Kasallik belgilari unga sabab boʻluvchi omil yoki tiroksin yetishmasligi asosida kelib chiqadi. Tiroksin va triyodtironin yetishmasligi natijasida moddalar almashinuvi, jumladan glyukozaning toʻqimalardagi miqdori kamayadi, natijada bemor tez charchaydi, xotirasi va diqqati susayadi. Shuningdek organizmdagi energiya resurslarining foydalanilmasligi, ularning keragidan ortiq zaxiralanishiga olib keladi, natijada bemorda ishtahasizlik kuzatilib, semiradi. Homilador ayollarda gipotireoidizm homilaga taʼsir qilib bola tushishi xavfini oshiradi yoki tugʻilajak bolalarning aqliy rivojlanishi past boʻladi. Bundan tashqari miksedema, soch toʻkilishi, eshitish qobiliyatining susayishi, terining quruq, dagʻal boʻlib qolishi singari holatlar ham uchraydi.

Gipotireoidizmga sabab boʻlgan omillarning aniqlanishi, ularning qanday oqibatlariga olib kelishini biokimyoviy jihatdan bilish tibbiyotda bu xastalikni davolashda muhim ahamiyat kasb etadi. Shubhasiz, bu biokimyo fanining tibbiyotdagi ahamiyati beqiyos ekanligini bildiradi.

BILIRUBIN MIQDORINING NORMADAN OʻZGARISHIGA OLIB KELUVCHI PATOLOGIK VA FIZIOLOGIK HOLATLAR

Moʻminova G.A., Boboxanov X.M.
Andijon davlat tibbiyot institute

Hozirda zamon jadal rivojlanib borayotgan vaqtda kasalliklar ham koʻpayib bormoqda. Jumladan gematogepatologiya kasalliklari ham. Ularni aniqlashda qon analizlarini olish bilan bir qatorda toʻgʻri diagnoz qoʻyish ham muhim ahamiyatga ega. Buning uchun qonda koʻrsatkichlar, shuningdek bilirubin miqdori ham biz uchun odam organizmida patologik jarayonlar ketayotganligini anglatadi. Qonda bilirubinning normadagi miqdori:

Bilirubin turi	Miqdori(mkmol/l)
Bogʻlanmagan bilirubin	1,7-17,1
Bogʻlangan bilirubin	0,86-5,3
Umumiy bilirubin	3,4-20,5

Bilirubin almashinuvidagi buzilish oʻz navbatida yuqoridagi miqdorlarning oʻzgarishiga olib keladi, bundan tashqari turli jismoniy buzilishlarga (teri, shilliq qavatlarning sargʻayishi, siydik rangining toʻqlashuviga) olib keladi. Buni yaxshi tushunish uchun, avvalo, bilirubin normal metabolizmi bilan tanishish barobarida miqdorining oʻzgarishiga olib keluvchi omillar bilan tanishib ketamiz.

Qari (120 kunga yaqin yashagan) eritrotsitlar parchalanishidan hosil boʻlgan *gem* moddasidan *biliverdin*, undan esa **bogʻlanmagan bilirubin** hosil boʻladi. Bilirubin *zardob albuminlari* bilan birikkan holda jigarga yetkaziladi.

Shu jarayonning buzilishi (tezlashuvi) yoq bilirubinning, ayniqsa bogʻlanmagan bilirubin miqdorining ortishiga olib keladi. Bular:

- Gemoliz**
- Kris-Najjar sindromi**
- Gilbert sindromi**
- Jigar zararlanishi**

Shuni taʼkidlash kerakki, *fiziologik hollarda* ham bogʻlanmagan bilirubinning ortishiga sabab boʻladi, masalan, *chaqaloqlarda glukoroniltransferaza*(bogʻlanmagan bilirubinga glukoron kislota bogʻlovchi) fermenti va bilirubinni biriktirib oladigan gepatotsitlar sitozolga olib kiradigan **ligandin**ning yetishmasligi. Shu tufayli ham chaqaloqlarda dastlab *fiziologik sariqlik* kuzatiladi.

Jigarga brogan bogʻlanmagan bilirubin *UDF-Glukoroniltransferaza* ishtirokida *glukoron kislota* bilan **boʻgʻlangan bilirubinga** aylantiriladi. Soʻng esa oʻt tarkibida oʻn ikki barmoq ichakka quyiladi. Bogʻlangan bilirubin axlatga oʻziga xos normal qizil-jigarrang, siydikka esa somon rang beradi. Shu jarayonlarning ham buzilishi kuzatilib, ular ham bilirubin (ayniqsa bogʻlangan bilirubin) miqdori oshib ketishiga olib keladi. Bular:

- Jigar zararlanishi (gepatit,sirroz)**
- Oʻt yoʻllari destruksiyasi**
- Dubin-Jonson kasalligi**

-Rotor sindromi

Demak, bilirubin miqdorining o'zgarishi biokimyo, tibbiyotda muhim ahamiyat kasb etadi.

OILA-INSON BESHIGI

Qo'ziyoyeva M., Qodirova D.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Alohida bir shaxs uchun bo'lganidek, umuman inson uchun oila davlatdan ko'ra muhimroqdir. Insoniyat shaxs tushunchasi, shaxs (inson) oila tushunchasi bilan bog'liq. Oila-inson beshigi, uning ota uyi, uning ijtimoiy boshpanasidir. Azal-azaldan insoniyat davlatdan emas-shaxs va oiladan tashkil topgandir. Insoniyatga davlat tushunchasi begona. Davlat-bu, sun'iy siyosiy, iqtisodiy, ba'zan harbiy ko'rilmadir, ularning insoniyat tushunchasi bilan bogliqlik joyi yo'k, unga qech qanday aloqasi ham yo'q.

Qandaydir oilaning birligiga putur yetkazadigan va uning yashnashiga xavf soladigan jamiyat o'simlik ildizidan sug'urib olinadigan namlik yetishmay, o't tushib yoki shunchaki qarovsizlikdan qurib ado bo'ladigan o'simlik tajribaxonasiga o'xshaydi.

Insonning oila sharoitida tabiiy ravishda shakllanishi yo'lga qo'yilgan, odam o'zi bilmas rishtalar bilan bog'langan oila chinakam gullayotgan oiladir. Bunday jamiyat o'zi ko'rgan novdasida o'sib unayotgan yaproqqa o'xshaydi. Xuddi shu sababdan ham odamni oiladan tashqari tasavvur qilish samarasiz va ijtimoiy mazmundan begonadir. Bordi-yu insoniyat jamiyati qandaydir zamonlar kelib oilasiz jamiyat bo'lar ekan, bunday jamiyat-sun'iy o'simlikka o'xshash beboshlar jamiyatiga aylanadi.

Ayol-odam. Erkak - u ham odam. Bu mutloq shak-shubxasiz haqiqat. Ruhiy-ma'naviy munosabatlar tizimida ayol alohida o'rinni egallaydi. U qator ijtimoiy shaxsiy va oilaviy salohiyatini o'ziga mujassam etadi. Oiladagi munosabatlarni va ruhiy ma'naviy iqlimni vujudga keltirishda o'ziga xos poydevor bo'lib xizmat qiladi. Ayolning oilada asosiy o'rini egallashi uning zimmasida vazifalar ko'pligidan kelib chiqadi. Doimiy yuk esa uning jismoniy va ayniqsa ruhiy salomatligiga salbiy ta'sir etadi. Oilada go'zal va osoyishta ruhiy ma'naviy iqlim vujudga keltirishda munosabatlarning psixologiyasini yo'ksaltirishga intilish kerak. Bundan maqsad ayollarni ruhiy salomatligini saqlash va turli nevrozlarni (asab sistemasi faoliyatining vaqtinchalik bo'zishi) kelib chiqishining oldini olishdir.

Ayol ruhiy salomatligining muvozanatdan chiqishi hali kam o'rganilgan uning sabablari ko'p albatta:

- Mojaroviy vaziyatni keltirishi mumkin bo'lgan ba'zi oila a'zolarining xususiyatidagi ta'javuzkorligi;
- Turli xil vaziyatlarda qo'rquv, bezovtalik;
- Oiladagi tarbiyalovchi shaxslardan birining faqat mening aytganim -aytgan, deganim-degan, kayfiyatida ish ko'rishi;
- Oilada o'zaro tafakkuriy munosabatlar, ya'ni oila a'zolari o'rtasida muloqotning yetishmasligi;
- Zarali odatlar mavjudligi, ya'ni taksakamaniya, narkamaniya, chekish, alkagol istemol qilish;
- Bir-birining yoshi, jinsiy individual fizilogik va psixologik xususiyatlarini baholay olmaslik;
- Yashash joylardagi ijobiy mikro iqlim sharoitlarini yaratishga yetarli e'tibor bermaslik;
- Kundalik tartibga loqayd munosabatda bo'lish;
- Ota-ona va boshqa oila a'zolarida pedagogik madaniyatning yetishmasligi tarbiyalovchi kuchlarning bir yoqadan bosh

chiqarmasligi bu esa o'sib kelayotgan avlodni tarbiyalash masalasida kelishmovchilikka olib keladi va x.k.

Yuqoridagi muammolarni hal etish sog'lom turmush tarzini shakllantirishga yordam beradi.

AYOL –JAMIYATNING FAOL KUCHI

Qo'ziyoyeva M., Qodirova D.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Ayollar jamiyatning real ko'zgusiga aylanib bormoqda. Mamlakatimiz ayollarining faoliyati faqat oila, farzand tarbiyasi bilan cheklanib qolmasdan, balki ularning qobiliyat va iste'dodlarini ijtimoiy hayotning barcha sohalarida namoyon qilishga keng imkoniyatlar yaratib berilmoqda. Mamlakatimiz mustaqilligini mustahqamlovchi kurashda xotin-qizlarimiz jamiyatimizning faol kuchlari sifatida fidoiylilik ko'rsatmoqdalar.

«Ayol farzand tarbiyachisi bo'lishi bilan birga mehribon rafiq hamdir. Jamiyatimizda esa olim, shoir, murabbiy, ijodkor, tadbirkor, moxir boshqaruvchi kabi mas'uliyatli o'rinlarni egallaganlar. Ayolga bo'lgan munosabatni birinchi o'ringa qo'yish, ya'ni ayolning hurmatini, izzatini joyiga qo'yish, uning mavqeini yanada yo'ksaklarga ko'tarish davr talabidir.

Tariximizga nazar solsak, qadimdan ota-bobolarimiz ham ayollarga munosabat masalasiga juda katta e'tibor berib, ularning hurmat-izzatlarini joyiga qo'yganlar. Masalan bundan ikki ming yil oldin yashagan bobomiz Alp Er Tunga davrida ayollar shunday katta hurmatga ega bo'lganlarki, agar uy to'rida ota-ona yonma-yon o'tirgan bo'lsa, bolalari eshikdan kirganda avval onasiga, so'ngra otasiga ta'zim bajo keltirgan ekanlar. Bu odat o'sha davrning eng oliy oilaviy an'anasi bo'lgan ekan.

Buyuk bobokalonlarimiz sohibqiron Amir Temur ham Saroymulxonimday oqila, farosatli ayol qoshida bosh eggan. Eng qiyin damlarda Saroymulxonimning maslahatlariga amal qilgan. Farzandlari, ayniqsa taxt vorislarining tarbiyasini unga ishongan.

Eng avvalo, ayol har bir oila ko'rki hisoblanadi. Oilada farzand tarbiyasi, farzandning kim bo'lib yetishishiga bevosita ayol sababchi. Bu esa bevosita jamiyat bilan bog'liq hodisadir. Ayolning oilada farzandga bergan tarbiyasi bilan jamiyatga foyda keltirish mumkin.

Xalqimizda ayolning shirin suxanligi, odobiga qarab mehmon keladi, degan gap bor. Asosan ayol oilaning ko'rki, oilaning sham chirog'i hisoblanadi. Bola hayotga muhabbat muomilali, madaniyatli, kattalarga hurmatda, kichiklarga izzatda bo'lishni o'rganish, ko'chada, uyda o'zini tutishni onaga taxlit qiladi. Onaning xatti harakati, odobi bolada aks etadi. Bola tarbiyasida onaning roli alohida ekanligini takidlagan holda buyuklar ham shunday degan: «Kimki ayol huquqini himoya qilsa, bola huquqini ham himoya qilgan bo'ladi, boshqacharoq aytganda u kelajakni himoya qiladi».

Shundan kelib chiqib aytish mumkinki, ayoli ulug'langan yurtning kelagagi buyuk bo'ladi. Ayollar millat kelajagi uchun bor imkonini ishga soladi, o'zini fido qiladi.

TA'LIMDA MILLIY QADRIYATLARNING AHAMIYATI

Rahmatova Z.M., Axunova M.R.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Millat va xalqning ongi, vatanparvarligi, o'z haq-huquqlarini tanitish uchun barkamol avlodni tarbiyalash hamma davrlarda ham insoniyatning eng ezgu orzusi bo'lib kelgan. Hayot o'zgaruvchan, bu o'zgaruvchanlik jamiyat hech qachon bir nuqtada to'xtab qolmasligi, u har doim pastdan yuqoriga, o'tmishdan kelajakka tomon ko'tarilib, yuksalib, ilgari borishini ko'rsatadi. Bunday jarayonni davom ettirish uchun yosh avlodni barkamol, mustaqil fikrlaydigan, ilmiy, hunarli, tadbirkor, kasbga va Vatanga mehrli qilib tarbiyalash ota-onalarning asosiy vazifasi ekanligi birinchi prezidentimiz I.A. Karimovning "Yuksak ma'naviyat –

yengilmas kuch" asarida "Taassufki, ba'zi ota-onalar o'z farzandining ana shunday qiziqishi va intilishlariga, uning ongu tafakkurida har kuni bir o'zgarish ro'y berib, yangi-yangi savollar paydo bo'layotganiga ahamiyat bermaydi. Boz ustiga, agar ota oilada o'zini tutishni bilmasa, axloq-odob bobida farzandlariga o'rnak bo'lish o'rniga qo'pol muomala qiladigan bo'lsa, bu holat, tabiiyki, bola ma'naviy olamining shakllanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, vaqti-soati kelib, uning xarakterida inson degan nomga noliyiq, xunuk bir odat sifatida namoyon bo'ladi", [1] deb alohida ta'kidlab o'tilgan.

Binobarin, O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining XIV bob 64-moddasida: "Ota-onalar o'z farzandlarini voyaga yetgunlariga qadar boqish va tarbiyalashga majburdirlar. Davlat va jamiyat yetim bolalarni va ota-onalarining vasiyiligidan mahrum bo'lgan bolalarni boqish, tarbiyalash va o'qitishni ta'minlaydi, bolalarga bag'ishlangan xayriya faoliyatlarini rag'batlantiradi", [2] deyiladi. Farzandining tarbiyasi bilan qiziqmagan, yetarlicha g'amxo'rlik ko'rsatmagan ota-onalar O'zbekiston Respublikasining Ma'muriy javobgarlik to'g'risidagi Kodeksining 47-moddasi bilan ayblanadilar. Unda: "Bolalarni tarbiyalash va ularga ta'lim berish borasidagi majburiyatlarni bajarmaganliklari uchun ota-onalar yoki ularning o'rnini bosuvchi shaxslar, voyaga yetmagan bolalarning ma'muriy huquqbuzarlik sodir etishga olib kelishi eng kam ish haqining ikkidandan bir qismidan uch baravarigacha miqdorda jarima solishga sabab bo'ladi", [3] deb ta'kidlangan.

Chunonchi, mashhur faylasuf Aflotunning: "Farzandlaringizning ilm va adabini o'zingizning ilm va adabingiz bilan cheklamang, ularni kelgusi zamon uchun tayyorlang, chunki ular sizning zamonangizga tegishli emas, ular kelgusi zamon odamlaridir," – degan hikmatlari hozirgi kunda ham o'z qimmatini yo'qotgan emas. "Muallimi soniy" nomi bilan mashhur alloma Abu Nasr Forobiy ta'lim va tarbiya to'g'risidagi fikrlarini shunday bayon qilgan: "Insonlar turli ilm, hunar faoliyatiga moyilligi va qobiliyatligi bilan tabiatan farq qiladilar. Teng tabiiy xislatlarga ega bo'lgan odamlar esa o'z tarbiyasi (malakalari) bilan tafovut qiladilar. Tarbiyasi jihatdan teng bo'lganlar esa bu tarbiya natijalarining turlichaligi bilan bir-birlaridan farq qiladilar". Forobiy ta'lim-tarbiya berish ikki usulda: birinchisi – qanoatbaxsh, chorlovchi va ilhomlantiruvchi so'zlar yordamida odat hosil qilinadi; malakalar vujudga keltiriladi; odamdagi g'ayrat va kasbga intilish harakatga aylantiriladi. Ikkinchi usul – bu majbur etish yo'li bo'lib, bu usul gapga ko'nmovchilarga nisbatan qo'llaniladi. Ammo ulardan qaysi biri nazariy bilimlarni o'rganishga astoydil kirishsa hamda fazilati yaxshi bo'lib, unda kasb-hunar va juz'iy san'atlarni egallashga intilish bo'lsa, uni majbur etmaslik kerak. Maqsad, uni fazilat egasi qilish va kasb-hunar ahliga aylantirishdan iborat. Abu Rayhon Beruniy fikricha, inson yaratadigan har bir narsa uning ruhiyati va qobiliyatiga mos, uni toliqtirmaydigan bo'lishi kerak. "Hadeb bir narsani o'qitish va o'rgatish zerikarli bo'ladi, toqatni toq qiladi. Agar shogird bir masaladan boshqa masalaga o'tib tursa, u xuddi turli-tuman bog'-rog'larda sayr qilgandek bo'ladi, bir bog'dan o'tar-o'tmas, boshqa bog' boshlanadi. Kishi ularning hammasini ko'rgisi va tomosha qilgisi keladi", deya e'tirof etgan. Mutafakkir Abdurauf Fitrat oilada onalarning tarbiya borasida savodxonligi yuqori bo'lishi xususida: "Har bir bola go'dakligidan onasining tarbiyasiga mahkum, binobarin, biz dastlabki tarbiyani o'z onamizdan olamiz. Shu sababli onalarimiz bilimli bo'lsinlar", deydi. Abdulla Avloniy o'zining "Turkiy guliston yoxud axloq" asarida: "Tarbiya ona vazifasidir, keyin ota, keyin maktab va jamoatchilik ishidir", deydi. Olim bu asarida ota-onalar o'zlari bilimli va tarbiyali bo'lishlari kerakligini quyidagicha ta'kidlaydi: "Qaysi onalarni aytursiz, bilimsiz, boshi paxmoq, qo'li to'qmoq onalarnimi? O'zlarida yo'q tarbiyani qayerdan olib berurlar. Qaysi ota? To'ychi, ulochi, bazmchi, do'mbirachi, karnaychi, surnaychi, ilm qadrini bilmagan, ilm uchun bir pulni ko'zi qiymagan, zamondan xabarsiz otalarni aytursizmi? Avval ularning o'zlarini o'qitmoq va tarbiya qilmoq lozimdir". Demak, farzand tarbiyasida chuqur mushohada, o'tkir aql talab qilinarkan. Biz, ota-onalar, tinmay izlanishimiz, o'qishimiz, hayotni kuzatishimiz va uni o'rganishimiz lozimdir.

Zero, "Otaning ochgan yo'li bor, onaning bichgan to'ni bor", "Otasi borning unumi bor, onasi borning tinimi bor", "Ota – olamning faxri", "Erta tur, otangni ko'r, otangdan so'ng otingni ko'r", "Otangni ko'rsang, otdan tush", "Ota bo'lish oson, otalik qilish qiyin", "Ota bolaga sinchi", "O'g'lingni sevsang, qulingday ishlat", "Otar so'zi xitob bo'lur, ani yig'sang, kitob bo'lur" va h.k. Shuningdek, onaning o'zbek oilasidagi hurmati va o'rni alohida, jipslashtiruvchi ahamiyatga molik hisoblanadi. Chunki, "Onaga bo'lgan muhabbat – Vatanga bo'lgan muhabbatning kurtagi", "Onaning ko'ngli bolada, bolaning ko'ngli dalada", "Bola loy – ona kulol", "Bola ham ona deydi, ona ham ona deydi", "Onangning yaxshiligini bemor bo'lsang bilarsan" va h.k.

Demak, yosh avlodni g'oyaviy tarbiyalashda xalqimizning boy milliy-madaniy, tarixiy an'analari, urf-odatlarini hamda umumbashariy qadriyatlarga asoslangan samarali pedagogik shart-sharoitni vujudga keltirish, jamiyatning umumiy hamda pedagogik madaniyatini oshirish, mamlakatimizda ma'rifiy-mafkuraviy ishlarni takomillashtirish oila, mahalla, maktab birgaligidagi faoliyatining asosiy maqsadidir. Jumladan, oilada sog'lom muhit, milliy ruh va o'zbekona turmush tarzini barqaror qilish, farzandlar uchun ota-ona har tomonlama o'rnak bo'lishi, bolalarda ota-ona, vataniga muhabbat tuyg'usini shakllantirish, o'zaro hamkor bo'lish, oilada g'oyaviy tarbiyani yaxshilash, oila a'zolarining huquq va burchlarini anglab yetishlari va ularga rioya qilishlarini ta'minlash, farzandlarga chuqur dunyoviy bilim asoslarini berish, ma'rifatli, madaniyatli shaxs bo'lib yetishishini ta'minlash, rivojlanayotgan bozor iqtiso-diyoti munosabatlarini o'rganish, kasb-hunar, iqtisodiy bilimlarni farzandlar ongiga singdirish; bolalarni aqlan va jismonan sog'lom bo'lishi uchun iqtisodiy-ijtimoiy muhit yaratish; ularda mustaqil fikrlashni qaror toptirish ota-onalarning muhim vazifalaridandir.

TARBIYA JARAYONIDA KITOB, KINO VA MUSIQANING O'RNI

*Rahmatova Z.M., Axunova M.R.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Tarixdan ma'lumki, qaysi davrda yosh avlodga yaxshi tarbiya berilgan, komil insonlar qilib yetishtirilgan bo'lsa, o'sha davlat, o'sha jamiyat gullab-yashnagan. Va aksincha, qaysi zamonda yoshlar tarbiyasiga kam e'tibor qaratilgan bo'lsa, o'sha mamlakat, o'sha saltanat tanazzulga yuz tutgan. Insoniyat tarixida bunga ko'plab misollar keltirish mumkin.

Ayniqsa, hozirgi murakkab va tahlikali zamonda milliy o'zligimiz, azaliy qadriyatlarimizga yot va begona bo'lgan turli xil xurujlar, yoshlarimizning ongi va qalbini egallashga qaratilgan g'arazli intilishlar tobora kuchayib borayotgani barchamizni yanada xushyor va ogoh bo'lishga da'vat etishi tabiiydir».

Darhaqiqat, internet, ommaviy axborot vositalari shiddat bilan rivojlanayotgan bir paytda yoshlar ongiga nimalar ko'proq ta'sir etishiga ahamiyat qaratmoq lozim. Bunda ayniqsa, kitob, kino va musiqaning o'rnini beqiyos.

«Adabiyot yashasa millat yashar», - degan edi milliy uyg'onish davrining namoyandalaridan biri Abdulhamid Cho'lpon. Adabiyotning mahsuli esa kitobdir. Dunyodagi eng buyuk kashfiyotlardan biri ham shubhasiz kitob. Bu haqiqat barcha xalqlar va davlatlar tomonidan tan olinib kelinadi. Inson hayotdan, ota-onadan, hatto ustozidan ololmagan narsasini kitobdan olishi mumkin. Buyuk mutafakkir shoir bobomiz Alisher Navoiy bejiz «Olamda kitobdan aziz do'st yo'qdir» deb bitmaganlar. Hassos yozuvchimiz Oybek domla esa «Kitoblar inson tafakkuri javohirlarini yig'ib, avlodlarga meros qoldiradi» deb yozgan bo'lsa, donolar qayta-qayta «kitobni seving» deb aytishgan. Afsuski, hozirgi yoshlarning barchasi ham har kuni kitob o'qiydi deb bo'lmaydi. Turli xil ko'ngilochar o'yinlar ularni ko'proq rom etadi. Jamoatchilik, ota-onalar va ustozlar ularni kitob o'qishga qaytarish uchun ko'proq harakat qilishlari, tushuntirish ishlari olib borishlari lozim.

I.A.Karimov buni o'zining «Yuksak ma'naviyat - yengilmas kuch» nomli asarida: hammamizga ma'lumki, muqaddas kitoblarimiz va qadriyatlarimiz, buyuk mutafakkir ajdodlarimiz merosi bizni doimo halol mehnat bilan yashashga, mardlik, sahovat va kamtarlikka chaqiradi, deya izohlaydi.

Bu haqiqatni chuqur anglab yetayotgan yoshlar puxta bilim egallab chet ellarga borib o'qish, ishlash, o'z Vatan dovrug'ini olamga taratishga muyassar bo'lmoqdalar.

Yoshlar tarbiyasida kino ham muhim ahamiyat kasb etadi. San'atlar ichida kino yetakchi o'rin tutadi. Kinoteatrlarda minglab, televizor va videomagnitofonlarda millionlab tomoshabinlar har kuni kino ko'radilar. Bu kinolar ularning ongiga, tafakkuriga ta'sir etadi, tasavvurlarini, dunyoqarashlarini o'zgartira boradi, Demak, yaratilayotgan kinolar xalqqa, xususan, ongi shakllanayotgan yoshlarga qanday ta'sir etishiga katta ahamiyat berilmog'i shart. Buni yaxshi anglagan birinchi Prezidentimiz O'zbekiston kino san'ati xodimlariga yo'llagan tabrigida jumladan shunday deydi: «Mustaqil Vatanimiz kino san'ati ijodkorlari o'z qaddini rostlayotgan buyuk xalqimiz ruhi, e'tiqodi va talabiga mos, yuksak badiiy saviyali filmlar yaratadilar degan umiddamiz».

Musiq. Insonning ruhan kamol topishi uchun musiqaning o'ziga xos o'rnini bor. O'zbek xalqi tarixiga nazar tashlasak, unda musiqa bilan bog'liq qanchadan-qancha ertak va afsonalarga duch kelamiz. Qamishdan nay yasagan cho'pon deysizmi, malikani o'z qo'shiqlari bilan shaydo qilgan oshiq yigit deysizmi, Changiy kabi buyuk musiqachilarni aytasizmi.

Hatto Alisher Navoiy ham soz chalgan ekanlar. O'zlariga taxallus tanlashlarida ham navo-musiqasi asos bo'lgan. Davlatimiz rahbarining musiqaga bo'lgan e'tirofi g'oyat e'tiborlidir: «Sharq musiqasi - Sharq falsafasi, Sharq dunyosining uzviy bir qismidir. Sharq musiqasining jahon madaniy merosida tutgan o'rnini beqiyos». «Sharq taronalari» musiqasi festivalining ochilishida aytilgan bu so'zlar zahirida katta ma'no mujassam. Axir bizning xalqimiz ming yillar davomida mumtoz musiqamiz ta'sirida kamol topgan. Ona allasi bilan boshlangan bu musiqi qizlar yallasiga, cholg'uchi tanburiga, karnay-surnay sadolariga, katta ashulalarga ulanib ketgan. Oqibatda buyuk «Shashmaqom» yaratilgan.

Ana shu ohanrabo kuylarni, ashulalarni tinglagan, ularga jo'r bo'lgan yoshlar xalq va Vatan qadrlari, hayot va umr mazmunini chuqurroq, teranroq anglaydilar. Musiqaning qudratli kuchi ham shunda. U inson ruhiyatini yuqori pardalarga olib chiqadi. Hayotga mehrli nazar tashlashga undaydi. Shuning uchun ham bizda musiqa san'atiga, xususan, yoshlar tarbiyasida musiqa imkoniyatlaridan keng foydalanishga e'tibor qaratilmoqda.

Birinchi Prezidentimizning «Respublikamizda musiqiy ta'limni, madaniyat va san'at o'quv yurtlari faoliyatini yaxshilash to'g'risida»gi farmonida ham shu jihatlar inobatga olingan. Ya'ni, bolalar musiqa va san'at maktablari, oliy va o'rta-maxsus o'quv yurtlarida iqtidorli yoshlarning milliy an'analarni chuqur o'rganish va o'zlashtirish, shuningdek, jahon andozalariga mos ravishda ta'lim olishlari uchun maxsus o'quv dasturlarini tayyorlash zarurligi uqtirilgan.

Bu borada ko'plab tadbirlar amalga oshirilmoqda. «Nihol» kabi ko'rik-tanlovlar, festivallar o'tkazilmoqda. Endigi keng sahnalarda, teleekranlarda, radio karnaylarida yangrayotgan qo'shiqlar saviyasida qolgan. Toki bu kuy va qo'shiqlar inson qalbini zabt etmas ekan, uning mudrab yotgan tuyg'ularni uyg'otmas ekan, barcha harakatlar zoe ketadi. Aksincha, musiqaga tashna yoshlarga aks ta'sir etadi. Yurtboshimiz aytganlaridek:

«Agar insonning qulog'i yengil-yelpi, tumtaroq ohanglarga o'rganib qolsa, bora-bora uning badiiy didi, musiqa madaniyati pasayib ketishi, uning ma'naviy olamini soxta tushunchalar egallab olishi hech gap emas». Ana shunisi Xudo asrasin. Bu uchun barchamiz mas'uldirmiz.

Xulosa o'rinda aytadigan bo'lsak, barcha niyatlarimiz, harakatlarimiz yosh avlodni jismoniy va ma'naviy jihatdan kamol toptirishdan iborat. Toki bu avlod baxtu saodatga, farovon kelajakka erishsin. Dunyoda hech kimdan kam bo'lmagan yurt farzandlariga aylansin.

TARBIYANING TARBIYADAN FARQI

*Rahmatova Z.M., Axunova M.R.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dunyoda bizning millatday bolajon xalq bo'lmasa kerak. Yoshi ulug'larimiz farzandni «ko'zimizning oqu-qorasi», deya alqashadi. «Bolalik – podsholik» degan naqlni ham ko'p eshitganmiz. Shu boismi, ko'pincha bolalarning to's-to'polonidan jahli chiqqan yosh ota-onalarga keksalar bag'rikenglik bilan «Bola bo'lsa sho'x bo'lsin-da!» deb qo'yishadi.

Farzand tarbiyasi borasida asrlar osha ko'plab olimlarimiz turli risolalar, asarlar bitishgan. Bu vazifa bugun ham davom etayotgan bo'lsa-da, tarbiyaning aniq bir yechimi yoki formulasi topilganicha yo'q. To'g'ri, turli nasihat, pandnoma shaklida bitilgan kitoblar ko'p. Biroq, zamon taraqqiyoti bilan, ba'zan esa undan-da oldinroq ildamlayotgan farzandlarimizni boshqarish bizga tobora qiyinlik qilmoqda. Bunday sharoitda farzandimizni bo'ysundirish uchun kuch ishlatish eng oson yo'ldek tuyuladi. Unga berilgan jismoniy yoki ruhiy jazo bilan biz bir muddat «g'alaba qozonishimiz» mumkindir. Ammo bizning ba'zan aqlsizlarcha, g'azab jilovini qo'ldan chiqarib qilgan harakatimiz bir umrlik kulfatga, armonga sabab bo'lsa-chi?

Professor, doktor Myurey Shtraus o'zining qirq yillik faoliyatini bolalar tarbiyasida yo'l qo'yiladigan xatolarni aniqlashga sarflagan. Uning ta'kidlashicha, jismoniy kuch vositasida «tarbiyalangan» bolalarning zehni umuman kaltaklanmay o'sgan bolalarnikiga nisbatan sustroq rivojlanarkan. Shtrausning fikricha, faqat ma'naviy saviyasi past ota-onalargina o'z farzandlarini do'pposlaydilar.

Bola nojo'ya xatti-harakat qilgan bo'lsa, u bilan suhbatlashing, turli ertak qahramonlari orqali uning noto'g'ri ish qilganini tushuntiring, yig'i, baqirish va shu kabi harakatlar bola uchun ichidagi shiddat va keskinlikni chiqarish yo'li ekanligini yodda tutish yaxshi samara beradi. Olimlarning ta'kidlashlaricha, bola bilan suhbatlashish ularning aqliy salohiyatini yuksaltirar ekan. Ular bilan qancha ko'p suhbatlashsangiz, ular ham o'z navbatida qiziquvchan bo'lib boradilar. Bolalar o'rtasida yuzaga keladigan muammolar haqida ko'proq ma'lumot yig'ishga harakat qiling. Bu bilan siz farzandingiz ishonchini qozonasiz. Tasavvur qilib ko'rganmisiz: kaltaklangan bola nimani his qiladi?! Qo'rquv, ruhiy tushkunlik. Ilmiy til bilan aytganda, qo'rquv bolalardagi qiziqishning yemirilishiga olib kelarkan. Hech narsaga qiziqmaydigan bolaning aqliy rivojlanishi ham to'xtab qoladi.

Ruhshunoslar bola uchun yig'i o'z ehtiyojlarini ifodalashning yagona yo'li, deb hisoblaydilar. Shunday ekan, biz yig'ining sababini o'rganishimiz kerak. Ana shunda mavjud muammoga yechim topamiz. Yana Amerika tadqiqotchilarining ogohlantirishicha, yosh bolani hatto silkitish uning aqliy va jismoniy rivojiga zarar berishi mumkin. Qattiq silkitish miyaning buzilishiga olib keladi, bu ba'zi holatlarda asab tortishishi, o'qishdagi qiyinchiliklar, e'tibor kamligi va boshqa qiyinchiliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

«Inson insonday yashashi, insonday qiliq ko'rsatishi uchun uning yashayotgan muhiti insoniy bo'lishi kerak», deb yozgan edi G'aybulloh As-salom.

Shunday ekan, farzandimizning toshbag'ir bo'lib borayotganidan shikoyat qilish o'rniga avvalo, muhitni o'zgartirishga urinib ko'raylik.

Biz uchun hayot-mamot masalasi sanaluvchi bola tarbiyasi uchun, avvalo, oilada manaviy ustunlar poydevori mustahkam bo'lmog'i lozim. Bu o'z o'rnida katta yoshdagilarning ham marifatli, jamiyat va farzandlar oldidagi masuliyatini anglaydigan shaxslar bo'lishini taqozo etadi. Bir narsa ayon, ota-ona manaviyatli bo'lgan oiladagi yoshlarning dunyoqarashi toza, tarbiyasi ham mustahkam bo'ladi. Muhimi, o'z xatti-harakatlarini ongli ravishda boshqara biladi.

Sir emaski, odamlar fikratini mahv etish, zamonaviylik niqobi ostida o'z g'oyalari singdirish uchun yoshlarimiz ongiga ming bir manaviy darchalardan suqilib kirishga urinayotgan kuchlar ko'p. Bu urinishlar, madaniyat va sanat shaklida bo'ladimi, yangicha urf-odatlar yoki kompyuter texnologiyalari xizmati vositasidami, ular o'smir-yoshlarning endi shakllanayotgan qarashlarini o'z oqimiga burib yuborish payida bo'ladi.

Ayrim yoshlarimizning yurish-turishi, o'zini tutishi, muomalasi, turli «yangicha» urflarga stixiyali ravishda berilishi, eng achinarlisi, bunday urflarning yoshlar o'rtasida ommaviylashuvi ularning manaviyatiga jiddiy tasir ko'rsatadi. Bir qarashda mayda-chuyda bo'lib ko'ringan bu holatlar, kattalarning «hali yosh-da, o'ynab-kulaversin» degan qabilida loqayd qarashlari yoshlarning milliy mentalitetimizdan yiroqlashuviga, ularning ong-shuurida ota-ona, el-yurt, Vatan tushunchalarining xira tortishiga olib keladi.

Zamonaviylik degani qaysidir urfga, odatga, boringki, g'oyaga ko'r-ko'rona ergashgan tengdoshidan qolishmaslik uchun o'zi anglab yetmagan odatga ergashib ketaverish emas. Katta yoshdagilarning e'tiborsizligi, bunga hatto ko'nikib qolganligi tashvishlanarli holdir. Har holda, zamonaviylik manaviyatsizlik degani emas, bu tushunchani noto'g'ri tushungan va o'ziga shunday tatbiq etgan yoshlarning tarbiyasi ortda qolishi tayin.

Har qadamda uchraydigan internet kafelarda o'smir-yoshlarning nima bilan mashg'ulligi kattalarni sergak torttirmog'i shart. Ular o'ynayotgan o'yinlarda ham jangarilik kayfiyati ustun. Kattalarning manaviy nazorati susaygan joyda o'smir-yoshlarni mafkuraviy xurujlar o'z domiga tortaveradi.

Farzandlarimizda zamonaviy texnik vositalardan maqsadli foydalanish ko'nikmasini shakllantirishga katta ehtiyoj mavjud. Avvalo, ularning tushunchalari, hayotga qarashi, bizga bo'lgan samimiy munosabati, o'z xatti-harakatlariga mas'ullik hissi qay darajada ekanligi doimiy e'tibor talab jihatlardir. Har qanday taraqqiyot, globallashuv zamonida ham insonga xos bo'lgan pok tuyg'ular, manaviy qadriyatlar har qanday yoshdagi kishi qalbi, shuurida bo'lishi shu millatning manaviy kuch-qudratini namoyon qiladi. Va bunday millatni yengib bo'lmaydi.

Xulosa qilib aytganda, ertangi kunimiz, kelajagimiz, jamiyatimiz ravnaqi yoshlarimizga qay darajada tarbiya berayotganimizga bog'liq. Prezidentimiz takidlaganlari kabi: «Biz xalqimizning dunyoda hech kimdan kam bo'lmasligi, farzandlarimizning bizdan ko'ra kuchli, bilimli, dono va albatta baxtli bo'lib yashashi uchun bor kuch va imkoniyatlarimizni safarbar etayotgan ekanmiz, bu borada manaviy tarbiya masalasi, hech shubhasiz, beqiyos ahamiyat kasb etadi. Agar biz bu masalada xushyorlik va sezgirligimizni, qat'iyat va mas'uliyatimizni yo'qotsak, bu o'ta muhim ishni o'z holiga, o'zi bo'larchilikka tashlab qo'yadigan bo'lsak, muqaddas qadriyatlarimizga yo'g'rilgan va ulardan oziqlangan manaviyatimizdan, tarixiy xotiramizdan ayrilib, oxir-oqibatda o'zimiz intilgan umumbashariy taraqqiyot yo'lidan chetga chiqib qolishimiz mumkin». Bu ro'yi zaminda millat bo'lib, xalq bo'lib, o'z o'rnimiz va mavqeimizni belgilab olishimiz, ertangi kunga yanada ozod va obod Vatan qoldirish uchun eng avvalo, biz o'z hayotimizning davomchilari yosh avlod — o'g'il-qizlarimiz tarbiyasiga istiqlol va ozodlik qadri singdirishni hayot-mamot masalasi, deb bilmog'imiz kerak.

BARKAMOL AVLOD – MAMLAKATIMIZ TARAQQIYOTI EGALARI

*Rahmatova Z.M., Axunova M.R.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Barchangiz yaxshi bilasizki, kelajak avlod haqida qayg'urish, sog'lom, barkamol naslni tarbiyalab yetishtirishga intilish bizning milliy xususiyatimizdir.



Bu muqaddas zaminda yashayotgan har qaysi inson o'z farzandining baxtu saodati, fazlu kamolini ko'rish uchun butun hayoti davomida kurashadi, mehnat qiladi, o'zini ayamaydi.

Bola tug'ilgan kunidan boshlab oila muhitida yashaydi. Oilaga xos an'analar, qadriyatlar, urf-odatlar bola zuvalasini shakllantiradi. Eng muhimi, farzandlar oilaviy hayot maktabi orqali jamiyat talablarini anglaydi, his etadi.

O'zbek oilasi mustabidlik zamonida ham o'zining tarixan shakllangan qiyofasini yo'qotmadi. Ulug' adibimiz Abdulla Qodiriy qahramonlaridan birining: "Bu xonadondan hech kim norizo bo'lib ketgan emas", deya aytgan gaplarida elimizga xos katta hayotiy falsafa mujassam. Bu yo'q joydan paydo bo'lgan gap emas. Ota-onaning farzand oldidagi burchlari, o'zlarining oxiragini obod etuvchi qarzlari bor. Dinu diyonatli xonadon oqsoqollaridan so'rasangiz, ularni lo'nda qilib sanab beradi: yaxshi nom qo'yish, yaxshi muallim qo'lga topshirib savodini chiqarish, ilmi, kasbli-hunarli qilish, boshini ikki, uyli-joyli qilish.

Bugun ana shunday olijanob an'analar qaytadan mustahkam qaror topishi va rivojlanishi uchun istiqloq sharofati tufayli eng qulay muhit yaratildi. Bu, shubhasiz, biz, ota-onalar va mustaqil, buyuk kelajakka intilayotgan davlatimiz zimmasiga juda katta vazifalar va mas'uliyat yuklaydi.

Mana shuning uchun ham bugungi kunda biz bu masalaga jiddiy e'tibor bermoqdamiz. Shuning uchun ham bu maqsadga qaratilgan loyihalar jamoatchiligimiz diqqat-e'tibori markaziga o'tmoqda, tarbiya sohasi islohoti bugungi eng dolzarb, ertangi taqdirimizni hal qiluvchi muammoga aylanmoqda.

Lo'nda qilib aytganda, bugungi kunda oldimizga qo'yan buyuk maqsadlarimizga, ezgu niyatlarimizga erishishimiz, jamiyatimizning yangilanishi, hayotimizning taraqqiyoti va istiqboli amalga oshirilayotgan islohotlarimiz, rejalarimizning samarasi taqdiri - bularning barchasi, avvalambor, zamon talablariga javob beradigan yuqori malakali, ongli mutaxassis kadrlar tayyorlash muammosi bilan chambarchas bog'liqligini barchamiz anglab yetmoqdamiz. Shu bilan birga, hammamiz yana bir haqiqatni anglab yetmoqdamiz. Faqatgina chinakam ma'rifatli odam inson qadri, millat qadriyatlarini, bir so'z bilan aytganda, o'zligini anglash, erkin va ozod jamiyatda yashash, mustaqil davlatimizning jahon hamjamiyatida o'ziga munosib, obro'li o'rin egallashi uchun fidoyilik bilan kurashishi mumkin.

Sir emaski, har qaysi davlat, har qaysi millat nafaqat yer osti va yer usti tabiiy boyliklari bilan, harbiy qudrati va ishlab chiqarish salohiyati bilan, balki birinchi navbatda o'zining yuksak madaniyati va ma'naviyati bilan kuchlidir. Bunday boylikning ahamiyatini anglash uchun Chor Rossiyasining Turkiston o'lkasidagi general-gubernatori M. Skobelev: "Millatni yo'q qilish uchun uni qirish shart emas, uning madaniyatini, san'atini, tilini yo'q qilsang bas, tez orada o'zi tanazzulga uchraydi", deb aytgan gapini eslashning o'zi kifoya qiladi. Bunday yovuz qarashlarga qo'shimcha izoh berishga hojat yo'q, deb o'ylayman. Lekin ulardan kerakli xulosa-saboq chiqarish uchun bugun ham kech emas. Shu bois mamlakatimizning istiqloq yo'lidagi birinchi qadamlaridanoq, buyuk ma'naviyatimizni tiklash va yanada yuksaltirish, milliy ta'lim-tarbiya tizimini takomillashtirish, uning milliy zaminini mustahkamlash, zamon talablari bilan uyg'unlashtirish asosida jahon andozalari va ko'nikmalari darajasiga chiqarish maqsadiga katta ahamiyat berib kelinmoqda.

Ma'lumki, har qanday davlat, har qanday jamiyat ham o'z boyliklari bilan qudratli hisoblanadi. Har bir xalq mamlakatning tabiiy zaminini, yer osti va yer usti xazinalari, tog'lari va o'rmonlari, daryo-yu dengizlari, ulkan shaharlari, go'zal inshootlari bilan o'z kuch-qudratini namoyon etishga harakat qiladi.

Shuning uchun mamlakatimizda oila, onalik va bolalik muhofazasi mustaqillikning ilk kunlaridanoq davlat siyosati darajasiga ko'tarildi. Birinchi Prezidentimiz Islom Karimov: Ozod va obod Vatan, fuqarolik jamiyatini barpo etish, taraqqiy topgan davlatlar va xalqlar qatoriga ko'tarilishimizdek ulug' maqsadlarimiz, hech shubhasiz yoshlar masalasini nechog'li oqilona amalga oshirishimizga bog'liq", deb bejiz ta'kidlamagan edilar. Darhaqiqat, istiqloqning dastlabki kunlaridan kelajak avlodning ma'naviy, jismoniy, ruhiy tarbiyasiga, ijtimoiy-huquqiy himoyasiga jiddiy e'tibor qaratilib, bu borada juda ko'p ishlar amalga oshirildi.

Hozirgi kunda ilm-fan bilan shug'ullanayotgan yoshlar, oliy o'quv yurtlarida namunali bilim olayotgan talabalarga Prezident stipendiyasi berilmoqda. O'z iqtidori bilan tengdoshlaridan ajralib turgan talabalar uchun xorijda o'qish imkoniyati yaratilgan. Iste'dodli yoshlarga «Zulfiya», «Nihol» mukofotlari berilayotgani ularni yanada ilhomlantirmoqda. Vatan yagonadir, Vatan bittadir, degan g'oyani o'smir yoshlar ongi va tafakkuriga singdirish, uni hayotiy ehtiyojga aylantirish — «Kamolot» yoshlar ijtimoiy harakatining eng oliy, eng ustuvor maqsadlaridan biriga aylangan.

Bolalarning ma'naviy hamda jismoniy quvvatini uyg'unlashtirish, ezgu maqsaddar yo'lida safarbar etish har bir davrning, yana ham aniqrog'i, millatning, davlatning, jamiyatning birlamchi vazifasidir. Zero, kishining ruhiy holati, kayfiyatidagi keskin o'zgarishlar uning jismoniy holatiga ta'sir etadi. Ruhiy holat bilan jismoniy holat o'rtasidagi muvozanat va barqarorlik sihat-salomatlik garovidir. Tan va ruh uyg'unligi saodatdir, deya o'rgatadi Sharq falsafasi ham. Shuning uchun istiqloqning ilk kunlaridan sportni rivojlantirishga alohida e'tibor berilayapti. Keyingi paytda yurtimiz ko'rkiga ko'rk qo'shgan ko'plab bolalar sport majmualari, o'yingohlar va maydonchalar barpo etildi, yangi sport uyushmalari ochildi. Qizlar o'rtasida badiiy gimnastika, suv sporti, tennis kabi sport turlari rivojlandi.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, yosh avlod kamoloti ko'zlangan sport tadbirlari uch pog'onada o'tkazilmoqda. Maktab o'quvchilari orasida «Umid nihollari», kollej, litsey va akademik litseylarda «Barkamol avlod», oliy o'quv yurtlarida esa «Universiada» musobaqalari yo'lga qo'yilgan. Ushbu bahslar ko'plab iqtidorli yoshlarni kashf etib, buloq suvlarining «ko'zini» ochmoqda.

Har bir oqil insonning va jamiyatimizning muqaddas vazifasi, aytish mumkinki, hayotining ma'nosi qobil farzandlar o'stirish, ularni ham jismoniy, ham ma'naviy jihatdan mukammal qilib tarbiyalash, kamolini ko'rish, ota-onasiga, vataniga sadoqatli kishilar etib voyaga yetkazishdan iboratdir.

THE ACTION OF RADIATION ON THE ENZYMES OF THE PANCREAS

*Zulunova I.B., Hudoyarova A.G., Baybekova G.D.
Andijan State Medical Institute*

The problem of radiation lesions has become particularly topical in the whole world over the past decades. This is due to the extensive use of nuclear energy and radioactive substances, as for military purposes, and in many sectors of national economy – industry, agriculture, medicine, scientific and research institutions. As a result, there is an increasing number of people exposed to the harmful effects of ionizing radiation, often leading to serious and irreversible consequences. These are the workers of uranic

mines and factories processing uranic ores and radioactive wastes, radiologists and radiation therapists, oncologic patients undergoing radiation therapy, nuclear power station staff, the crew of space stations, nuclear submarines and waterborne ships, gamma-defectoscopists and etc. At the same time the solution of certain issues, both theoretical and practical, is still hindered by the incompleteness of the regularities of the formation of radiation-induced effects, the frequency of their development, depending on the intensity of exposure. Taking into consideration all the above mentioned, the present work has the objective – to study the secretion of pancreatic enzymes in the γ -irradiation.

The experiments were conducted on 60 adult out bred male rats weighing 150-200 g. Irradiations were reproduced by the apparatus "Luch", giving Co^{60} - γ radiation. The radiation area – 20x20 cm, the focus distance – 75 cm, the radiation dose – 0,86-0,85 gr./min, the absorbed dose of 4 gr. After the irradiation, the rats were put down under ether anesthesia after 1, 3, 10, 20, 30 and 60 days. In homogenates of the pancreas amylase (the method of Smith-Roy in A.M. Ugolev's modification), lipase (the method of Tietza), total proteolytic activity (the method of Kuntz) and total protein (Lowry's method) were determined. The indices of intact rats served as reference indicators: the indices of enzyme activity in the pancreatic homogenate corresponded – amylase-3500000 $\pm$ 16 000 U/ml; lipase – 6, 4 $\pm$ 0,4 U/ml, total proteolytic activity 600,0 $\pm$ 11,0 U/ml; total protein content 1,0 $\pm$ 0,2 mg/ml1/g. This shows that the activity of different enzymes in the pancreas homogenate is different, the highest is the amylolytic activity, the second is proteolytic and the lowest is lipolytic activity.

The results showed that in twenty-four hours after the irradiation amylolytic activity in the homogenate of the pancreas decreased to 60% from the baseline, and in the remaining periods the increase of amylase activity was observed. Its maximal increase occurred in 10 days after the irradiation, amylase activity then was 3-3.5 times more than the reference indicator.

Approximately the similar changes in total protein content in the homogenate of the pancreas were observed after the irradiation. The only difference was in the timing to maximize it. The increase in total protein content in the homogenate of the pancreas reached 3 days after irradiation, and its value was 3.5-4 times more than the reference indicator.

Lipolytic activity had decreased in the first 10 days after the irradiation, and it increased in the following days. After 20 and 30 days after the irradiation lipolytic activity increased half as much as compared to the reference indicator. The substrata of amylase and lipase enzymes synthesis seem to be common, so that there is an opposite change of them, by increasing one of them decreases the activity of the other and vice versa.

The general proteolytic activity increased from the 3rd to 20th day after the irradiation. The maximum values of this index were observed on the 20th day after the irradiation; its activity was 1.7-2 times more than the reference indicator. On the 30th day, it significantly decreased.

Accordingly, two periods can be outlined in the development of functional changes in animals with experimental γ -irradiation. The initial one when the changes characteristic to the stress response predominate, and the subsequent one when dysfunctions of synthesis of protein enzyme molecules in the pancreas are revealed, and control and coordination of different parts of the exchange are violated.

PANCREATIC ENZYMES IN THE γ - IRRADIATION

Zulunova I.B.

Andijan State Medical Institute

Relevance: The problem of radiation lesions has become particularly topical in the whole world over the past decades. This is due to the extensive use of nuclear energy and radioactive substances, as for military purposes, and in many sectors of national economy – industry, agriculture, medicine, scientific and research institutions. As a result, there are an increasing number of people exposed to the harmful effects of ionizing radiation, often leading to serious and irreversible consequences.

Materials and methods of research: The experiments were conducted on 60 adult out bred male rats weighing 150-200 g. Irradiations were reproduced by the apparatus "Luch", giving Co^{60} - γ radiation. The radiation area – 20x20 cm, the focus distance – 75 cm, the radiation dose – 0,86-0,85 gr./min, the absorbed dose of 4 gr. After the irradiation, the rats were put down under ether anesthesia after 1, 3, 10, 20, 30 and 60 days. In homogenates of the pancreas amylase (the method of Smith-Roy in A.M. Ugolev's modification), lipase (the method of Tietza), total proteolytic activity (the method of Kuntz) and total protein (Lowry's method) were determined. The indices of intact rats served as reference indicators: the indices of enzyme activity in the pancreatic homogenate corresponded – amylase-3500000 $\pm$ 16 000 U/ml; lipase – 6, 4 $\pm$ 0,4 U/ml, total proteolytic activity 600,0 $\pm$ 11,0 U/ml; total protein content 1,0 $\pm$ 0,2 mg/ml1/g. This shows that the activity of different enzymes in the pancreas homogenate is different, the highest is the amylolytic activity, the second is proteolytic and the lowest is lipolytic activity.

Conclusions: Accordingly, two periods can be outlined in the development of functional changes in animals with experimental γ -irradiation. The initial one when the changes characteristic to the stress response predominate, and the subsequent one when dysfunctions of synthesis of protein enzyme molecules in the pancreas are revealed, and control and coordination of different parts of the exchange are violated.

РОЛЬ CHLAMIDIA PNEUMONIAE, MICOPLAZMA PNEUMONIAE В РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С РЕЦЕДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Умарова М.С., Курбанова Э.

ТашПМИ,

Актуальность: По данным ряда авторов у детей с бронхолегочной патологией распространенность хламидийных и микоплазменных инфекций варьирует от 7,5% до 50%, считается, что к группе риска по развитию респираторного хламидиоза относятся дети с хроническими заболеваниями респираторного тракта, а также частная антибактериальная терапия.

Цель работы: цель исследования настоящей работы явилось определение доли атипичных возбудителей в этиологической структуре инфекционного обострения хронических воспалительных заболеваний легких. (ХВЗЛ)

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 45 детей в возрасте от 3 до 13 лет. Для уточнения характера поражения органов дыхания проведен комплекс диагностических мероприятий включая рентгенографию грудной клетки, трахеобронхоскопию, компьютерную томографию.

Для выявления бактериальной флоры проводилось микробиологическое исследование мокроты. Выявление антиген классов G, M, A и M.pneumoniae и S.pneumoniae производилось посредством иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунологическое исследование крови.

Результаты исследования: у 22 детей хронический воспалительный бронхолегочный процесс развивался на основе врожденных пороков развития легких и бронхов. у 17 детей имел воспалительный процесс в легких, который развивался на основе врожденного иммунодефицитного состояния, у 6 детей— ХВЗЛ— развивался в результате неблагоприятного исхода острых пневмоний с развитием пневмосклероза, деформации бронхов и бронхоэктазов.

При суммарной оценке этиологических факторов воспалительного процесса инфекционный возбудитель выявлен у 34 обследованных детей из них моноинфекция обнаружена у 24 больных. Из которых была обусловлена бактериальная флора, у 10 – внутриклеточными возбудителями. Смешанные инфекции выявлены у 18 детей. Хламидийная инфекция подтверждена у 13 детей из всех обследованных. Микоплазменная инфекция обнаружена у 9 детей, которая протекала в острой форме.

У детей с врожденными иммунодефицитом атипичные инфекции не обнаружены.

Выводы: Таким образом, инфекционный процесс у детей с хронической бронхолегочной патологией обусловлен наличием как бактериальных, так и атипичных патогенов, а также ассоциацией этих возбудителей. В целом полученные данные свидетельствуют о необходимости расширения общепринятого плана обследования детей с ХВЗЛ с включением в него методов выявления атипичных возбудителей, что позволит обоснованно подходить к выбору антибактериальной терапии.

ИММУНОПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШЛАРНИ АМАЛГА ОШИРИШДА ХАМШИРАНИ РОЛИ

*Умарова М.С., Шарифова М.М.
ТошПТИ*

Долзарблиги: Болалар ўртасида юкумли касалликларни олдини олиш, касалликлар сонини камайтириш ва юкумли касалликлар натижасидаги ўлим ҳолатларини камайитиришда эмлашни ўрни муҳим аҳамиятга эга. Охирги йилларда соғлиқни сақлаш Вазирлиги томонидан эмлаш борасида қатор ишлар амалга оширилди. Баъзи бир юкумли касалликлар умуман йўқолди. Айрим касалликлар сони, айниқса вирусли гепатит В билан оғриган болалар сони кескин камайди. Бунда эмлаш ишларини мунтазам олиб борилиши оммавий эмлаш кунларини ташкил этилиши ва ҳар бир бола яшаш жойида бепул эмлаш имкониятига эга бўлишида тиббиёт хамшираларини бунга қўшган ҳиссаси каттадир. Профилактик эмлашлар дифтерияни, қўқйўтални, қоқшолни, кизамиқни, полиомиелитни, вирусли гепатит В, ротавирус, инсон папилома вирусини олдини олиш учун қилинади. Бу эмлашлар миллий эмлаш таквимида кўра амалга оширилади ва у Ўзбекистонда 95 % болаларни ни қамраб олган.

Ишни мақсади: Поликлиника, ҚВП ва боғча, мактаблардаги ўтказиладиган иммунопрофилактик кунларда эмлаш хамшираси (вакцинатор)ни вазибаларини ва ташкиллаштириш ишларини аниқлаш.

Материал ва текширувлар: Юнус -обод туманидаги 52, 53, 54 сонли болалар поликлиникасида вакцинатор вазибаларини бажараётган хамширларни иш фаолияти ўрганилди.

Натижалар: Ҳар бир поликлиникадаги вакцинаторлар билан суҳбат ўтказилди, эмлаш хоналари кўздан кечирилди. Хонада эмлаш календари осилган. Профилактик эмлаш ишлари қатъий поликлиникани эмлаш хонасида амалга оширилади. Эмлаш хонасига кафел ёпиштирилган. Пол сатҳи эса сув ўтмайдиغان материал билан қопланган. Ҳар бир поликлиникада вакциналарни сақлаш учун махсус ҳолодильник, махсус шкаф, шокка қарши препаратларни сақлаш учун, дезинфекцияловчи суюқликлар, эмлаш столи, хужжатлар учун стол, бактерицид лампа, термо сумкалар мавжуд. Эмлаш куни 52 поликлиникага 35 та, 53 поликлиникага 45, 54 поликлиникага 55 та бола келди. Хамширалар эмлаш кунидан бир кун аввал патронаж ишларини ўтказиш билан бирга болаларни эмлашга таклиф этиб келадилар. Шифокор қўригидан ўтиб рухсат берилган болаларга эмлаш ишлари амалга оширилади. Вакцинатор эмлаш хонасини санитар-ҳолатига катта эътибор қаратади, эмлаш ишларини амалга оширади, хужжатларни юритади, эмлашларни 112/у ва 63 формани ва эмлаш дафтарида регистрация ишларини, ҳар ойги эмлаш мониторингини олиб боради.

Хулоса: Иммунопрофилактик кунларни ўтказишда хамширани роли катта аҳамиятга эга. Вакцинаторлар нафақат эмлаш ишларини олиб борадилар, балки болаларни пульси, нафас олиш сонини аниқлашда ва беморларни температурасини ўлчаб шифокорга айтиб турадилар. Эртаси куни эмлаш олган болаларни уйларида бориб поствакцинал реакция ва асорат кузатилган болаларга ёрдам берадилар.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

*Ахрарова Н.А., Колотило К.С.
ТашПМИ*

Актуальность. Грудное молоко содержит в себе все необходимые питательные вещества - белки, жиры, углеводы и витамины, соли и микроэлементы в таких количествах и соотношениях, которые наиболее полно удовлетворяют потребности быстро растущего детского организма. Поэтому наилучшим способом вскармливания для этих детей

является молоко матери, обеспечивающее гармоническое развитие грудного ребенка. Уровень питания, степень его соответствия потребностям детского организма непосредственно определяет состояние иммунологической реактивности, способность к различным реакциям, параметры физического и психического развития. Весь первый год жизни ребенка является периодом критически высокой чувствительности к нарушениям функции питания. Это связано с тем, что на первом году жизни происходит интенсивное новообразование клеток, входящих в структуру различных органов.

Цель исследования. Оценить влияние грудного вскармливания на нервно-психическое и физическое развитие детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 25 детей грудного возраста от 6 до 12 месяцев, находящиеся до 6 месяцев исключительно на грудном вскармливании, проводилось определение уровня нервно-психического и физического развития. Контрольная группа – 15 детей, находящиеся на искусственном вскармливании.

Результаты и обсуждение. Нервно-психическое и физическое развитие детей, которые находились исключительно на грудном вскармливании, соответствуют своему возрасту. 92,3 % детей активны, хорошо растут, жизнерадостны, соответствие показателей физического роста по возрасту у 81,7 %, легко осваивают навыки 89,6 % детей. Дети, которые не кормились грудью, несколько отстают от сверстников, особенно в освоении простых ранних навыков на 65,8 % (23,8 %). При измерении антропометрических показателей выявлено, что прибавка в весе у детей в 1- группе происходила более интенсивно и выше на 334,5 грамм, чем у детей во 2-группе (средний вес $9345,2 \pm 0,47$ и $9010,7 \pm 0,32$ соответственно), а в показателях длины тела особого превышения не выявлено - на 1,1 см ($74,1 \pm 0,15$ и $72,0 \pm 0,19$ см соответственно).

Выводы. Таким образом, наилучшим видом питания для детей первого года жизни является грудное молоко, которое обеспечивает гармоничное физическое, психомоторное и интеллектуальное развитие детей в этот период жизни, защиту от инфекций, устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА ПРИ АНЕМИИ У МАТЕРЕЙ

*Ахрарова Н.А., Собитова С.М.
ТашПМИ*

Актуальность. Железодефицитные состояния – анемия и скрытый дефицит железа – остаются одним из самых распространенных нутриционных дефицитов в мире. Существует большое разнообразие вредных факторов, оказывающих повреждающее действие на внутриутробно развивающийся плод, основное среди них железодефицитные анемии беременных. Частота анемий среди беременных женщин достигает 95-97%, занимая первое место среди экстрагенитальных заболеваний, что оказывает важное влияние на внутриутробное рост и развитие плода, а также на состояние ребенка после рождения, на показатели физического и нервно-психического развития.

Цель исследования. Изучить особенности клинических показателей и безусловных рефлексов у маловесных новорожденных при физиологическом течении периода беременности, его осложнении анемией.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 новорожденных, родившиеся с малым весом (МВ), куда включены дети с весом от 1500 до 2700 г при рождении. Распределены на 3 группы по 20 детей: 1-группа от матерей с анемией принимавших железосодержащие препараты (ЖСП) и 2-группа не принимавших ЖСП, 3- контрольная группа – дети от матерей без анемии.

Результаты и обсуждение. Особое внимание уделено клиническим признакам детей и исследованиям безусловных рефлексов новорожденных – рефлекса Моро, сосательного, поискового, лодонно-ротового и защиты. По перечисленным показателям в наилучшем положении оказались дети 3-группы, где вес при рождении в среднем составляет $2680 \pm 0,35$ г, цвет кожных покровов при рождении розовые у 75 % детей, безусловные рефлексы новорожденных сохранены у 65 % и активно сосет грудь матери также у 75 % детей. Следующее место занимают МВ дети от матерей с анемией, принимавших ЖСП ($2275 \pm 0,47$, 70 %, 55 % и 73 % соответственно). Самые низкие показатели у детей 2-группы, матери которых, имея анемию, не принимали ЖСП ($1750 \pm 0,24$, 45 %, 25 % и 62 % соответственно).

В 2-группе детей, родившихся от матерей с анемией, не принимавших ЖСП, цианотично-розовый цвет кожных покровов встречается у 11 новорожденных (55 %), рефлекс Моро снижен у 8 новорожденных (40 %), истощен у 4 новорожденных (20 %) и спонтанный у 3 новорожденных (15 %). Показатель сниженной активности сосания груди наблюдалось в этой группе у 4 новорожденных (20 %) и слабой активности у 3 новорожденных (15 %).

Выводы. Таким образом, анализ клинических признаков и исследования безусловных рефлексов у новорожденных указывают на неудовлетворительные условия развития плода у матерей с анемией, особенно у детей, матери которых не принимали ЖСП, что проявляется рождением их с МВ, снижением функциональных характеристик организма новорожденных во время родов и раннем неонатальном периоде.

НАРУШЕНИЕ СНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

*Азимова Н.М., Ахмедов Н.А.
ТашПМИ*

Актуальность: Одним из наиболее частых проявлений многих соматических, неврологических и психических заболеваний являются различные нарушения сна. Диссомнические расстройств включают в себя целый комплекс симптомов, отражающих рассогласование цикла «сон — бодрствование»: затрудненное засыпание, частые ночные пробуждения, зачастую со сложностями повторного засыпания, сокращение длительности сна, недостаточную глубину сна, отсутствие чувства отдыха после пробуждения, дневную сонливость.

Цель исследования: изучение клинко-неврологических особенностей нарушения сна и разработка комплекса мероприятий по ведению больных с хронической ишемией мозга.

Материалы и методы исследования: Обследованы 70 больных с ХИМ, находившихся на стационарном лечении. В работе использовались общепринятые клинко-неврологические, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Результаты исследования: у больных наиболее часто встречались такие симптомы, как центральный парез VII и XII пар ЧМН, а также у всех больных имели часто нарушения сна. Гемипарез и гемиплегия встречались у 50,4% соответственно. Гемигипестезия у 40,3%, афазия в 69,7% случаев, дизартрия – у 20,2%, координаторные нарушения – у 20,2%, бульбарный симптом – у 20,2%.

В результате исследований отмечены три типа нарушений сна: трудности засыпания, ночные пробуждения и раннее пробуждение.

Трудности засыпания нередкое проявление инсомнии. Это выражалось в отсутствии желания спать, повторяющейся кратковременной сонливостью, дремотным состоянием, быстро прерывающимся длительным бодрствованием с тревожными мыслями и представлениями, страхами за свое здоровье, боязнью возникновения стенокардии, подъема артериального давления. Такой тип нарушения сна мы отмечали в 26,1% случаев. Наиболее чаще этот синдром наблюдался у лиц до 60-летнего возраста - 58,2%, до 70 лет - 32,2% и более 70 лет - 9,6% (рис. 3.4).

На качество сна влияет и наличие ночных пробуждений, которые были наиболее частыми жалобами у всех наблюдаемых больных - 39,5%. Чаще это наблюдалось у больных в старшей возрастной группе.

На раннее пробуждение жаловались 34,4% пациентов. У больных с ХИМ 1 стадии в сочетании этот синдром нарушения сна наблюдался в 48,8% случаев, при ХИМ 2 стадии в 51,2%. Наиболее часто это встречалось у больных старше 70 лет (56,1 %).

Укороченный сон характеризовался внезапным пробуждением между 4-6 часами, затем пациент впадает в дремотное состояние, но вновь просыпается. Пациенты повышено чувствительны к внешним, особенно звуковым раздражителям.

Выводы: изучение расстройств сна у больных с ХИМ показало, что они встречаются несколько чаще в более старшей возрастной группе и проявляются нарушениями засыпания, частыми пробуждениями и ухудшением качества утреннего просыпания, что требует коррекции.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ НЕЙРОТОКСИКОЗЕ У ДЕТЕЙ

*Азимова Н.М. Абдуллаева М.Н.
ТашПМИ*

Актуальность: В результате нейротоксикоза непосредственного воздействия инфекционного агента, токсинов на ткань мозга и повреждения клеток возникает генерализованная реакция, сопровождающаяся неврологическими расстройствами, нарушениями кровообращения, терморегуляции, кислотно-основного состояния. Пациенты с инфекционным токсикозом составляют 7-9% всех больных, поступающих в отделение реанимации с инфекционной патологией.

Цель исследования: Изучить клинко-неврологическую характеристику детей с поражением нервной системы (нейротоксикоз) при соматической патологии, по результатам клинко-неврологического и инструментального (НСГ) анализа.

Материалы и методы исследования: Обследовано 30 детей от 6 месяцев до 3 лет, перенесших нейротоксикоз на фоне соматического заболевания, находящихся на стационарном лечении в ГКДБ 3№. Диагноз поражения нервной системы устанавливали по результатам клинко-неврологических и инструментальных исследований (НСГ).

Результаты исследования: Анамнестические исследования выявили такие факторы риска у детей, обследуемой группы, в антенатальном периоде, как анемия (70,5%), гестозы (52,3%), преэклампсия (34,1%), заболевания почек (31,8%) у матери и патологии течения беременности. Среди перинатальных факторов риска развития у обследуемых детей (доля неблагоприятных исходов беременности составила 54,5%) наблюдались срочное кесарево сечение (15,9%), травматические роды с применением щипцов и вакуум-экстракции (13,6%). При поступлении в стационар основными жалобами, предъявляемыми родителями, были беспокойство и плач (22; 73,3%), капризность и снижение аппетита (26; 86,7%), ограничение движений в конечностях (12; 40%), утрата способности ходить и сидеть (14; 46,7%), судороги фебрильного характера (9; 30%), вегето-висцеральные нарушения в виде желудочно-кишечных расстройств, мраморности кожных покровов, похолодания конечностей, гипотермии (33,3%). При неврологическом осмотре у детей отмечались черепно-мозговые нарушения в виде сходящегося косоглазия (64,3%) и горизонтального нистагма (64,3%). У данных детей наблюдались поражения лицевого нерва (71,4%), характеризующиеся центральным парезом. Бульбарные нарушения проявлялись поперхиванием и нарушением глотания (42,9%) и переводом их на кормление через зонд. При исследовании двигательной сферы верхних и нижних конечностей отмечалось ограничение как пассивных, так и активных движений, повышение тонуса и гиперрефлексия (73,3%) или снижение мышечного тонуса с гипорефлексией (40%). При проведении нейросонографических исследований головного мозга отмечалось отек и набухание головного мозга, расширение желудочковой системы, изолированная вентрикуломегалия, умеренная корковая атрофия, перивентрикулярные кровоизлияния 3-4 степени. Необходимо отметить, что показатели НСГ-исследований подтверждали клиническую картину состояния обследуемых детей и сопровождалась ликворно-сосудистой дистензией (73,3%).

Выводы: Состояние нейротоксикоза развивается у детей с перинатальным поражением нервной системы, характеризуется как нарушениями в невростатусе, так и изменениями на НСГ.

ТОТОЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

*Ашурова Г.З., Косимов О.У.
ТашПМИ*

Актуальность: Обеспечение безопасного обезболивания в пластической хирургии у детей является наиболее актуальным. Включение опиоидного анальгетика нубаина в качестве основного компонента тотальной внутривенной анестезии при коррекции врожденной аномалии верхней губы и неба у детей имеет определенные преимущества обеспечения эффективности проводимого обезболивания.

Цель исследования: Изучение эффективности проведения тотальной внутривенной анестезии с применением нубаина при операциях по поводу врожденных расщелин верхней губы и твердого неба.

Материал и методы: Проведены анестезиологические пособия с использованием нубаина у 30 больных детей в возрасте от 5 месяцев до 5 лет при врожденных расщелинах губы и неба. Для обеспечения анестезиологической защиты была использована комбинация опиоидного анальгетика нубаина с пропофолом. Анестезиологические пособия проведены эндотрахеальным способом. Индукция начиналась с внутривенного введения пропофола в дозе 2 мг/кг и нубаина в дозе 1 мг/кг. После применения мышечных релаксантов и интубации трахеи, больные переведены на ИВЛ. Анестезия поддерживалась пропофолом в дозе 7,5 мг/кг/час через инфузиомат

Результаты: Оценка эффективности анестезии проводилась на основании клинических данных, проведением мониторингового контроля, исследованием показателей центральной гемодинамики (ЦГ) методом эхокардиографии и исследованием концентрации кортизола.

Результаты исследования показали гладкое клиническое течение. При исследовании показателей ЦГ на основных этапах анестезиологического пособия выраженных изменений не отмечалось. Такие показатели гемодинамики, как АДс, АДд, ЧСС, показатель сатурации кислорода характеризовались стабильностью, что указывает на обеспечение эффективной анестезиологической защиты детского организма при коррекциях врожденных расщелин верхней губы и твердого неба.

На протяжении всей операции и анестезии показатели ЦГ изменялись незначительно без снижения производительности сердца, уровень стресс-гормона кортизола в крови характеризовалась тенденцией к незначительному увеличению на 2,44%.

Выводы: Изучение клинического течения обезболивания, одновременно с исследованием показателей ЦГ и активности гормона коры надпочечников при проведении тотальной внутривенной анестезии с использованием нубаина показало обеспечение эффективной анестезиологической защиты детского организма при операциях по поводу врожденных расщелин верхней губы и твердого неба.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

*Ахмедова Д.С., Бегматов Б.Б.
ТашПМИ*

Актуальность: В клинической практике проблемы развития детей зачастую рассматривают вне особенностей вегетативной регуляции, вследствие чего вегетативно-соматические основы нервно-психической деятельности остаются недооцененными, хотя совершенно очевидно значение эрготропных (симпатических) и трофотропных (парасимпатических) влияний на формирование специфических функций полушарий мозга с ранних этапов онтогенеза.

Цель исследования: изучить особенности вегетативных нарушений при гиперкинетической форме ДЦП.

Материалы и методы: в основу исследования положены данные обследования 60 пациентов с гиперкинетической формой ДЦП в возрасте от 1 года до 10 лет.

Исследование вегетативной нервной системы проводилось клиническими методами. Вегетативный тонус определялся с помощью таблицы Гийома – Вейна (Вейн и соавт. 1991 год), вегетативная реактивность оценивалась с помощью пробы Данынина – Ашнера, вегетативное обеспечение с помощью ортоклиностагической пробы.

Результаты : Основное значение в диагностике степени тяжести и прогнозировании вторичных двигательных нарушений имели индекс напряжения, индекс вегетативного равновесия, показатель адекватности процессов регуляции. Нормализация вегетативного фона, вегетативного обеспечения деятельности способствовали адекватности работы мышц, уменьшению психоневрологических дефектов. В группе до 5 лет доминировал ваготонический тип вегетативной дисфункции — у 15 (5,6%) детей. У пациентов с легким и очень тяжелым течением ДЦП преобладал симпатикотонический тип вегетативной дисфункции — 77 (28,8%) детей. В группах со среднетяжелым течением регистрировали как симпатикотонический, так и парасимпатикотонический тип вегетативной дисфункции.

В группе от 6 до 10 лет выявлялась выраженная симпатикотония у 42 (15,7%) и симпатикотония — у 30 (11,2%) детей. Проявление синдрома вегетативной дисфункции оказалось более выраженным при среднетяжелом течении ДЦП. У детей с тяжелыми вариантами двигательных нарушений индекс вегетативного равновесия был смещен в сторону выраженной симпатикотонии. Страдали механизмы терморегуляции, кожные покровы были бледными, холодными, нарушалась масса тела, т. е. преобладала гипоталамическая трофическая и нейровегетативная недостаточность.

Нарушения центральной вегетативной регуляции были выявлены у 21 (7,9%) ребенка, пароксизмальное течение вегетативной дистонии- у 4 (1,5%), пароксизмальные вагоинсулярные расстройства- у 7 (2,6%), гастродуоденальные вегетативные нарушения: боли в животе, метеоризм, диарея - у 3 (1,1%).

Выводы: у больных ДЦП гиперкинетической формы наряду с двигательной дезадаптацией, обусловленной поражением анимальной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, имеются признаки вегетативной дезадаптации, значительно ухудшающие самочувствие таких больных. Поэтому реабилитационное лечение в этот период болезни должно учитывать индивидуальные особенности вегетативного гомеостаза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТИКОВ У ДЕТЕЙ

*Зияходжаева Л.У., Бўриев А.
ТашПМИ*

Актуальность: Тики являются распространенным заболеванием, особенно в детском возрасте. Тики относятся к гиперкинезам и характеризуются насильственными движениями, проявляющимся в различных мышечных группах, чаще в лицевой мускулатуре. Несмотря на многочисленные исследования, нет единой точки зрения на этиологию, патогенез, клинические проявления и лечение этого заболевания. Актуальность проблемы изучения тиковых гиперкинезов определяется высокой распространенностью данной патологии.

Цель исследования: изучить клинические проявления и диагностические критерии тиков у детей.

Материал и методы: Сбор материалов проводили в отделении детской неврологии клиники ТашПМИ. Обследовано 41 детей с 3-х до 16 лет с тиковыми гиперкинезами. Диагноз устанавливали по результатам клинико-неврологических и инструментальных исследований (ЭМГ, компьютерная и магнитно-резонансная томография).

Результаты и обсуждение. В рамках проведенного нами исследования анамнестических данных у детей с тиками в 78,5% выявлено неблагополучие в перинатальном периоде (патология беременности и родов, гипоксическо-ишемическая энцефалопатия, недоношенность, родовая травма). У 38,7% детей наблюдались в раннем возрасте у неврологов с задержкой темпов психомоторного и психоречевого развития. У обследуемых детей отмечались следующие виды моторных тиков: моргание 22%(9), поднятие бровей 9,7%(4), сморщивание носа 7,3%(3), поджимание плеч 20%(8), подергивание рук 4,8%(2), вскидывание головы 4,8%(2), подергивание головы 2,4%(1), облизывание губ 7,3%(3). У 9(22%) больных отмечались вокальные тики выкрикивание звуков 78%(7), свист 22%(2). Копролалические вокализация в обследуемых детей не отмечались.

Выводы: По результатам исследований в 90% случаев тики начинаются в возрасте от 3 до 15 лет, наиболее часто они появляются в 4-8 летнем возрасте. Течение тиков носит волнообразный характер с периодами улучшения и обострения, а так же отмечаются сезонные колебания интенсивности симптомов.

РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Исмаилова М.У. Курбанова Ш.А.
ТашПМИ*

Актуальность. Несмотря на развитие медицинских технологий, тяжелая острая дыхательная недостаточность (ОДН) остаётся одной из актуальных проблем современной реаниматологии. При ОДН, когда предполагается проведение продлённой искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), «отлучение от ИВЛ», необходимость в частой санации нижних дыхательных путей, при обструкции верхних дыхательных путей, с подтверждённым снижением сатурации крови, при невозможности интубации показана трахеостомия. Несмотря на преимущества трахеостомы при осуществлении ИВЛ, литературные данные по оптимальным срокам её проведения остаются противоречивыми.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности ранней трахеостомии при острой дыхательной недостаточности различного генеза.

Материалы и методы: Обследованы 22 пациента (в возрасте от 5 мес. до 3 лет) с ОДН различного генеза поступивших в отделение реанимации клиники ТашПМИ. Больные были разделены на 2 группы: в первой группе (11 больных), трахеостомия выполнена на 5-е сутки ИВЛ, во 2 (II) группе на 8-е сутки. Анализировали динамику отлучения от респиратора, газообмена лёгких, гемодинамики, применение симпатомиметиков, развитие гнойно-септических осложнений и лечения в отделении реанимации.

Результаты. ИВЛ у всех пациентов осуществлялась респиратором Savina 300. У пациентов в 1 гр. выявили: значимо более эффективный рост PaO_2/FiO_2 , сокращение продолжительности респираторной поддержки и применения симпатомиметиков, сокращение продолжительности отлучения от респиратора в сравнение со 2-й группой. Соответственно менялись показатели гемодинамики: Во 2-й группе отмечалось повышение АД на 13% и ЧСС на 7%. Тогда как в 1-й группе больных не отмечалось явных изменений гемодинамических параметров. Уровень насыщения артериальной крови кислородом (SpO_2) в обеих группах оставалось в пределах нормы. Однако, на наш взгляд, учитывая тот факт, что при проведении ИВЛ через трахеостомическую трубку происходит раздувания манжеты, фактор ишемизации стенок трахеи также имеет место в формировании стеноза.

Закключение. Применение ранней трахеостомии при острой дыхательной недостаточности различного генеза позволяет значительно сократить сроки ИВЛ и длительность пребывания пациентов в реанимационном отделении.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СУСТАВИТ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

*Насырова И.Р., Зулькарнеева С.Д.
ТашПМИ*

Актуальность. Остеохондроз позвоночника, как болезнь человеческого вида, или «болезнь цивилизации», связана с прямохождением, при котором нагрузка на всю конструкцию позвоночника и межпозвоночные диски существенно повышается. Современный, малоподвижный образ жизни только усугубляет положение дел. По этой причине вопросы о том, как, чем и где лечить остеохондроз не теряют своей актуальности.

Цель работы. Изучить обоснованность применения препарата Суставит при остеохондрозе позвоночника.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе ТашПМИ в отделении Неврологии 5-ГКБ. Было обследовано 34 пациентов с хронической болью в спине. Все больные были разделены на 2

группы: в первую группу вошли 17 больных, которым проводилась только базисная терапия, включающая НПВС, миорелаксанты, витамины группы «В», диуретики; вторую группу составили 17 больных, которые помимо базисной терапии, получали препарат Суставит, по 1 таб 1 раза в день в течение 1 месяцев. Обследование больных включало: исследование неврологического статуса, исследование болевого синдрома при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), исследование влияния болей в спине на качество жизни больных при помощи Освестровского опросника.

Полученные результаты. Анализ сравнительной характеристики ВАШ до и после лечения показал: у больных как в первой, так и во второй группах, после проведенного лечения, отсутствовал выраженный болевой синдром; болевой синдром средней интенсивности в 1 группе снизился на 20%, во второй группе – на 40%; умеренный болевой синдром в 1 группе увеличился на 20%, во 2 группе – также на 20%; помимо этого, после проведенного лечения, у 30% больных в 1 группе и у 55% больных во 2 группе отмечалось отсутствие болевого синдрома.

При анализе изменений показателей Освестровского опросника у пациентов в результате проведенного лечения, отмечалось улучшение возможностей самообслуживания, передвижения и качества жизни в целом у больных. В частности, повысился процент лёгких нарушений жизнедеятельности в 1 группе на 15%, во 2 группе – на 45%, процент умеренных нарушений повысился на 5% в первой группе и на 5% во 2 группе, в то время как процент тяжёлых нарушений снизился на 15% в 1 группе и на 35% во 2 группе. Полное нарушение жизнедеятельности отсутствовало как в 1, так и во 2 группе.

Заключение. Таким образом, проведенные нами исследования применение препарата Суставит при хронической боли в спине является обоснованным и необходимым, так как значительно эффективнее снижается интенсивность болевого синдрома, а также улучшается качество жизни пациента и улучшается прогноз заболевания.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ

*Маматкулов И.А., Эргашев Р.А
ТашПМИ*

Актуальность. В детской офтальмологической практике ингаляционные анестетики имеют свои преимущества управляемостью анестезии, снижением внутриглазного давления, обеспечением гладкого течения анестезии.

Цель исследования. Определить адекватность течения комбинированной анестезии изофлюраном при офтальмологических операциях у детей.

Материал и методы. Для обеспечения анестезии у 32 детей при офтальмологических операциях (ОО) была использована комбинация изофлюрана с малыми дозами фентанила. После премедикации, начинали ингаляцию севофлюрана 3,0 об%, в/в вводили фентанил (0,02 мг/кг), интубацию трахеи проводили тест дозой ардуана (0,2%-0,06 мг/кг), поддерживали анестезию ингаляцией севофлюрана (1,0–1,6 об%). Оценка эффективности анестезии проводилась по клиническим параметрам, мониторингом основных гемодинамических показателей (ЭхоКГ).

Результаты. Время первого требования анальгетика в контрольной группе сразу после операции составило 26,7±9,4 мин, в основной группе 45,4±8,5* мин., достоверное сокращение на 41,2%. На всех этапах исследования субъективная оценка боли по ВАШ у больных контрольной группы была выше, чем у больных основной группы. Соответственно субъективным ощущениям боли, менялись показатели гемодинамики. Показатель Адср был выше на 21,3% в контрольной группе, показатель ЧСС был выше на 31,6% в отличие и от основной группы. Повышение ЧСС приводило к снижению показателя ФВ на 23,8% в контрольной группе, в отличие от основной группы, где данный показатель за рамки нормальных величин не выходил. Отмечалось также повышение СИ на 14% и ИРЛЖ на 32,4% в контрольной группе, в отличие от основной группы, где показатели гемодинамики оставались в режиме нормодинамии. Соответственно показателям гемодинамики, изменялись гумаральные показатели адекватности обезболивания. Показатель глюкозы был выше на 70%, а показатель кортизола на 51% был выше в контрольной группе, тогда как в основной группе эти показатели практически не изменялись, что доказывало лучшее качество послеоперационного обезболивания в основной группе.

Выводы. Комбинированная анестезия с применением в качестве основного компонента изофлюрана, обеспечивает эффективное обезболивание и неподвижность глаза при сохранении низкого ВГД, что является методом выбора анестезии при офтальмологических операциях у детей.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

*Носирова Д.Ш., Болтаев Б., Шукуров Ш.Д.
ТашПМИ*

Актуальность: Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются одной из основных проблем современной медицины. Известно, что в последние годы структура сосудистых болезней мозга меняется за счет нарастания ишемических форм. Нарушение памяти в структуре когнитивных нарушений является одной из главных причин ограничения повседневной деятельности больных, и ведет к инвалидизации пациентов.

Цель исследования: Изучение клинко-неврологических особенностей когнитивных нарушений, в частности памяти и разработка комплекса мероприятий по ведению больных с хронической ишемией мозга.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 60 больных с хронической ишемией головного мозга и жалобами на нарушение памяти, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в ЦКБ ГАЖК. Мужчин было 18 (30%), а женщин 42 (70%). Средний возраст пациентов составил 65,13±9,4 лет. В работе использовались клинко-неврологические, лабораторные и инструментальные методы исследования. При исследовании когнитивных функций были использованы шкала MMSE и тест запоминая 10 слов Лурия.

Результаты исследования: Среди обследуемых, у 4 пациентов (7%) ХИМ I степени, у 48 (80%) – II степени, у 8 (13%) была III степень хронической ишемии мозга. Все пациенты имели преддементные когнитивные нарушения (от 24 до 27 баллов по шкале MMSE). Среди них, согласно тесту запоминания Лурия, 1 (1%) пациент имел низкий уровень запоминания, 13 (22%) – уровень ниже среднего, остальные 46 (77%) – средний уровень запоминания. Для каждого пациента был составлен график – «кривая запоминания» У пациентов с 24-25 баллами по шкале MMSE (39%), кривая носила платообразный характер, что говорило о снижении функции запоминания. У пациентов с 26-27 баллов (61%) по шкале MMSE кривая запоминания носила легкий восходящий характер, что указывало на незначительное нарушение памяти. У пациентов с преобладанием астено-невротического синдрома в возрасте младше 65 лет кривая запоминания носила зигзагообразный характер, что свидетельствовало больше о неустойчивости внимания, чем снижения памяти.

Выводы: Расстройство памяти у больных с ХИМ могут различаться в зависимости от преобладающего синдрома, возраста и степени нарушения когнитивных функций. Своевременная диагностика и коррекция когнитивных функций ведет к улучшению повседневной и профессиональной жизнедеятельности у больных.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.

*Маматкулов И.А., Сулаймонов Б.Х.
ТашПМИ*

Актуальность. Операции при острых повреждениях конечностей у детей проводятся в условиях общей анестезии или используются проводниковые методы местной анестезии с седацией. Данная необходимость обоснована физиологическими особенностями детского организма, сохранностью психоэмоциональной сферы, возрастными особенностями, тяжестью перенесенной травмы. Однако указанные препараты в рекомендуемых дозах зачастую дают ряд негативных эффектов, а снижение дозы приводит к неадекватному обезболиванию. Применение изофлюрана в сочетании с кетаминном обеспечивает эффективное обезболивание с сохранением требуемого уровня анестезии при проведении открытых или закрытых репозиций костей конечностей у детей.

Целью работы явилось изучение эффективности методик комбинированной анестезии с использованием изофлюрана и кетамина при сохранном спонтанном дыхании при проведении открытых или закрытых репозиций поврежденных костей конечностей у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у 40 больных детей, в возрасте от 3 до 16 лет, при проведении вправлении вывихов, репозиции костных отломков верхних и нижних конечностей, фаланг пальцев, первичная хирургическая обработка ран, наложение фиксирующих аппаратов. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (22 больных) - анестезия проводилась с использованием ингаляционной анестезии изофлюраном (до 3,0 об %, в последующем снижением концентрации изофлюрана до 1,0 об %) и кетамина (2,0 мг/кг). 2-я группа (18 больных) – анестезия с использованием кетамина (2,5 мг/кг) и сибазона (0,4 мг/кг). Клиническое наблюдение проводилось с определением АДс, АДд, АДср, ЧСС и сатурации кислорода (SatO₂) в крови и показателей центральной гемодинамики (ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение: После премедикации в первой исследуемой группе достоверно возрастала ЧСС на 10,3%, при этом показатель АД оставался стабильным. Частота дыхания (ЧД) на момент вводного наркоза, в обеих группах, уменьшилась, соответственно на 5,6% и 6,8%, а затем постепенно нарастали и концу операции превысили исходные на 12,2 и 14,6 % соответственно. Показатель SatO₂ оставался стабильными в течение всего исследуемого периода обезболивания. Пробуждение у детей 1-й группы наступало через 5-мин, через 30 мин после окончания операции сознание восстанавливалось. Осложнений, связанных с наркозом, в данной группе не было. Во 2-й группе после вводного наркоза отмечалось снижение ЧСС (на 18%). При этом показатель АД увеличивалась умеренно (на 2,4%), по сравнению с исходными данными. После окончания оперативного вмешательства данная тенденция сохранялась: ЧСС было снижено на 9%, АДс - на 0,5 %. Пробуждение детей 2-й группы наступало через 50 мин после окончания операции.

Вывод. Применение ингаляционной анестезии изофлюраном в сочетании с кетаминном является эффективным методом комбинированной анестезии, может быть широко использован при проведении открытых или закрытых репозиций костей конечностей у детей.

ФАКТОРЫ РИСКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЦП.

*Омонова У.Т., Бахромов Г.А.
ТашПМИ*

Актуальность: Детские церебральные параличи (ДЦП) – это гетерогенная группа клинических синдромов, общим для которых является не прогрессирующее нарушение двигательных функций и позы [I. Krageloh-Mann, C. Cans 2018]. Несмотря на несомненные успехи современной акушерской помощи и неонатологии, частота ДЦП остается высокой и составляет 1,5–3 больных на 1000 новорожденных [Лильин Е.Т., Иваницкая И.Н. 2012]. **Цель исследования:** изучить факторы риска, влияющие на формирование и течение различных форм ДЦП.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 98 детей (59 мальчиков и 39 девочек), в возрасте от 3 до 10 лет с различными формами ДЦП, которые находились на стационарном лечении в психоневрологической больнице имени У.К. Курбанова. Диагноз ДЦП устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования: Из анамнеза заболевания выявлено, что основными факторами риска развития ДЦП у обследованных детей были внутриутробная гипоксия (91%), острые респираторные вирусные инфекции в I половине беременности (45%), угроза прерывания беременности с необходимостью стационарного лечения (74%), преждевременные роды, особенно при сроке гестации менее 35 недель (34%), резус конфликты (28%). Все больные были

разделены на 6 групп в соответствии по МКБ10-го пересмотра. У 33 (33,5%) больных была спастическая диплегия, у 13 (13,5%) - спастический двусторонний церебральный паралич, у 17 (17,7%) дискинетическая форма, у 15 (15,3%) - левосторонняя гемиплегическая форма, у 12 (12,2%) - правосторонняя гемиплегическая форма, у 8 (8,2%) мозжечковая форма. Выявлено причастность острой вирусной инфекции I половины беременности к возникновению спастического диплегии, мозжечковой формы, а также связь угрозы прерывания беременности со всеми формами заболевания; недоношенность, и особенно, гестационный возраст менее 35 недель является высоким фактором риска развития заболевания.

Вывод: Результаты нашего исследования показали, что причастность острой вирусной инфекции I половины беременности к возникновению спастического диплегии, мозжечковой формы, а также связь угрозы прерывания беременности со всеми формами заболевания; недоношенность, и особенно, гестационный возраст менее 35 недель является высоким фактором риска развития двойного гемиплегии, спастического диплегии в отсутствии влияния данного признака на формирование других форм заболевания и на нарастание степени тяжести двигательных нарушений.

КЛИНИКО НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ППНС

*Садыхова Г.К., Бахриев Б.Р.
ТашПМИ*

Актуальность. Дети с перинатальным поражением ЦНС в настоящее время растут. В клинике наблюдается различных клинические синдромы и их необходимо корректировать с данными нейросонографии. Связи с этим нами поставлена задача провести клиника-пара клиническую корреляцию ППНС с нейросонографическими данным.

Цель исследования. Клинико-нейрофизиологическая корреляция различных клинических синдромов ППНС острого и восстановительного периода.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 20 больных с диагнозом ППНС клиническими формами таких как: гипертензионная дистензия (4 больных), микроцефальный синдром (4), церебральная возбудимость (2), двигательные нарушения (2), вегето-висцеральные расстройства (2), церебральная депрессии (4), повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (2). При НСГ исследование при различных формы болезни обнаружена различные данные. При синдроме гипертензионная дистензии на нейросонографии обнаружена киста (1,1x0,9) на заднем роге бокового желудочек. У другого пациента с таким диагнозом на нейросонографии обнаружена расширена обеих боковой желудочек 6,5x6,6 мм и субэпендимальная киста (2,2x1,3 см). У 4 больных микроцефальным синдромом на нейросонографии найдено расширения обеих боковой желудочек второй степени. С синдром церебральной возбудимости на НСГ обнаружена внутри желудочковая кровоизлияния 1 степень. При синдроме двигательных нарушениях НСГ показала субтенториальная киста с размерам 1,9x1,6см. При синдроме вегето-висцеральных расстройств обнаружена субарахноидальная киста 0,6x0,8 см. У 2 больных с диагнозом синдром церебральной депрессии НСГ показала множественная мелкие паренхиматозные кровоизлияния и расширение боковой желудочек. При синдром повышенной нейро-рефлекторной возбудимости на НСГ найдено субэпендимальная киста с размерами 2,2x1,4. Проведенное научное исследования показало различные НСГ показатели и эти изменения зависит от клинических форм болезни.

Вывод. По результатом клинических исследований различные клинические формы ППНС на НСГ могут вызвать схожие изменения. Для получения конкретные данные необходима исследование большого количество больных.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ

*Шорахмедов Ш.Ш., Коллас Е.В.
ТашПМИ*

Актуальность. Современная анестезия опирается на уже принятую концепцию мультимодальной анальгезии, задачей которой является применение комбинации различных неопиоидных анальгетиков с целью улучшения качества обезболивания, снижения доз сильных опиоидов (обеспечение его опиоидосберегающего эффекта) и ограничение нежелательных осложнений всех компонентов анальгезии.

Целью исследования, явилось совершенствование послеоперационного периода кардиохирургических операций у детей путем применения центральных анальгетиков

Материалы и методы. Данное исследование включало изучение 60 детей (1-3 года), перенесших различные операции на сердце, по поводу дефектов межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП), открытый артериальный порок (ОАП). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 -я (25 детей) - анальгезия тримепередином (промедол) в комбинации с трамadolом. Первую инъекцию трамadoла вводили внутривенно за 30 минут до экстубации, после чего осуществляли постоянную инфузию в дозе до 80 мг в сутки; 2-я (25) – анальгезия тримепередином в комбинации с дробным введением 10 мг трамadoла длительностью 30 минут каждые 4 часа. Первую инфузию трамadoла в дозе 15 мг проводили до экстубации в течении 30 мин; 3-я (25) – применение тримепередины в монотерапии. В отделении кардиореанимации, всем пациентам проводили стандартные мероприятия интенсивной терапии и мониторинга. Длительность ИВЛ после операции составила от 5-10 часов и не различалась в сравниваемых группах.

Результаты и обсуждение. У детей 1-2 групп экстубацию трахеи выполняли на фоне терапевтических доз трамadoла. Пациентам обеих групп введение тримепередины, во избежании депрессии дыхания, начинали через 2 часа после экстубации. Сравнение динамики выраженности болевого синдрома показало, что непосредственно после экстубации и через 1 ч. интенсивность боли во 2 группе была значительно выше, так как пациенты этой группы не

получали дополнительного обезболивания в отличие от 1 группы, в которых за 30 минут до экстубации внутривенно вводили трамадол.

Выводы. Исследование указывает на безопасность использования анальгетика центрального действия трамадола в раннем послеоперационном периоде кардиохирургических операций у детей. Сочетание трамадола с тримеперидином приводит к наиболее выраженному анальгетическому эффекту с меньшим расходом тримеперидина.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ВО ВРЕМЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Юсупов А.С., Ахмадов Н.М
ТашПМИ*

Актуальность. Травматичная боль при абдоминальных операциях у детей сопровождается гиперактивацией симпатической нервной системы, что клинически проявляется тахикардией, гипертензией и повышением периферического сосудистого сопротивления. На этом фоне у пациентов высокого риска, особенно страдающих недостаточностью коронарного кровообращения, высока вероятность резкого увеличения потребности миокарда в кислороде. Эффективность обезболивания определяется оценкой состояния жизненно-важных функций, прежде состояния центральной гемодинамики. Обезболивание таких операций можно достичь применением центральных анальгетиков (ЦА).

Целью работы Провести оценку эффективности комбинированной анестезии ЦА при абдоминальных хирургических вмешательствах у детей.

Материал и методы исследования. Исследованы 24 больных (4-14 лет) которым проводилось оперативное вмешательство при абдоминальных патологиях с применением ЦА. Пациенты разделены на 2 группы: 1-группа 14 больных, которым проводилось КА с применением промедола (1,5 мг/кг) и раствор оксифурилата натрия (100 мг/кг); 2 – группа 10 больных, которым проводилась КА с применением фентанила (5 мкг/кг) и пропофола (2 мг/кг). Обе группы были сравнимы по основному антропометрическому показателю. Исследовались параметры центральной гемодинамики методом ЭхоКГ с мониторингом показателей АДс, АДд, АДср, ЧСС, сатурации кислорода.

Результаты и обсуждение: В результате проведенных исследований было выявлено, что в вводный период проведение анестезии имеет существенное значение на последующие этапы анестезиологического пособия. Результативность КА у пациентов 2 – группы ознаменовалось стабильностью показателей центральной гемодинамики. Однако, у пациентов 2-группы имелось некоторые особенности в виде тенденции снижения показателя ОПСС на 8,7%, СИ на 4,5%, САД на 3,6%. Пробуждение от наркоза у пациентов 1-группы был позднее на 35,0±1,12 мин.

Выводы. Таким образом КА с применением фентанила и пропофола характеризовалась относительной стабильностью показателей центральной гемодинамики, и соответственно эффективность обезболивания и относительно ранним пробуждением больных в послеоперационном периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМАНТАДИНА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПАРКИНСОНИЗМА

*Ширматов Ш.А., Коллас Е.В.
ТашПМИ*

Актуальность: Синдром паркинсонизма или симптоматический паркинсонизм (СП) – синдром, связанный с поражением базальных ганглиев и их связей. По-другому называют акинетико-ригидным синдромом, что означает отсутствие движений или их обеднение с повышением мышечного тонуса. Прогрессирующее течение заболевания требует непрерывной терапии, на поздних этапах инвалидизирует пациента, приводя к необходимости постоянного ухода, повышая экономические потери.

Цель исследования: Изучение эффективности применения Амантадина сульфата у больных с синдромом паркинсонизма.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 30 больных, мужчин было- 17 (53,3%), женщин – 13 (46,7%) и средний возраст больных составил 70±9,6 лет. Больных с диагнозом ДЭ III с акинетико-ригидным синдромом было – 17 (56,7%), больных с синдромом Паркинсонизма было – 13 (43,3%). Больные получали препарат амантадина сульфат по 1 таб (100 мг) 3 раза в день Группу сравнения составили 39 (22 мужчин и 17 женщин) получавшие препараты леводопы. Проводилось исследование стадии заболевания по шкале Hoehn&Yahr, оценка тяжести неврологического дефицита при помощи III подшкалы унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений паркинсонизма UPRDS, и шкалы Шваба и Ингланда.

Результаты исследования: У больных основной группы результаты терапии были более значимые. Так, двигательная активность возросла на 16% (с 25,43±12,2 до 18,4±9,8 баллов по UPRDS) в основной группе. В группе сравнения на 9% (с 24,76±12,2 до 21,1±8,15 баллов) После лечения выявили незначительное, но достоверное уменьшение выраженности стадии болезни по Hoehn&Yahr у пациентов основной группы (с 1,73 до 1,2 p<0,05), тогда как у лиц сравнения уменьшение выраженности стадии болезни недостоверное (с 1,79±0,8 до 1,6±0,6 p>0,05). При исследовании амантадина сульфата наблюдалось более значимое влияние препарата на гипокинезию и ригидность. Тремор покоя был более устойчив при терапии амантадином.

Выводы: Таким образом, применение амантадина сульфата как на ранних, так и на развернутых стадиях синдрома паркинсонизма, способствует, более полному восстановлению неврологического дефицита. Амантадин сульфат вызывает улучшение двигательной активности больных с синдромом паркинсонизма, влияя преимущественно на гипокинезию и ригидность. Обладает хорошей переносимостью и совместимостью с другими препаратами.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С., Содикжанов Ж.Ш.
ТашПМИ

Актуальность. В современной анестезиологии все чаще применяются более безопасные неопиатные методики послеоперационного обезболивания, такие как эпидуральное обезболивание, назначение НПВС и ингибиторов NMDA-рецепторов, основанные на принципе мультимодальности. Однако традиционное обезболивание слабыми опитами не создает определенного комфорта, что сопряжено с частыми осложнениями и нежелательными побочными эффектами.

Цель исследования. Сравнить эффективность послеоперационной эпидуральной анальгезии (ЭДА) с включением препаратов НПВС и блокатора NMDA-рецепторов как компонента мультимодального подхода к послеоперационному обезболиванию и традиционной послеоперационной анальгезии опитами.

Материал и методы. Обследованные пациенты, перенесшие абдоминальные операции по поводу болезни Гиршпрунга, долихосигмы, частичной кишечной непроходимости, опухоли брюшной полости, эхинококкоза печени, которые были разделены на 2 группы: в 1-ой, контрольной группе – 26 больных, во 2-ой, основной группе – 32 больных.

В 1-ой (контрольной) группе в послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось введением промедола. Во 2-ой (основной) группе послеоперационное обезболивание проводилось введением в эпидуральное пространство бупивакаина 2 раза в сутки, кетонала 100 мг 3 раза в сутки и, только при необходимости, промедола.

Оценку боли в послеоперационном периоде проводили по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Также изучали время первого требования анальгетика, производили контроль использованного наркотического анальгетика.

Результаты. Время первого требования анальгетика в контрольной группе сразу после операции составило 26,7±9,4 мин, в основной группе 45,4±8,5* мин., достоверное сокращение на 41,2%. На всех этапах исследования субъективная оценка боли по ВАШ у больных контрольной группы была выше, чем у больных основной группы. Соответственно субъективным ощущениям боли, менялись показатели гемодинамики. Показатель АДср был выше на 21,3% в контрольной группе, показатель ЧСС был выше на 31,6% в отличие и от основной группы. Повышение ЧСС приводило к снижению показателя ФВ на 23,8% в контрольной группе, в отличие от основной группы, где данный показатель за рамки нормальных величин не выходил. Отмечалось также повышение СИ на 14% и ИРЛЖ на 32,4% в контрольной группе, в отличие от основной группы, где показатели гемодинамики оставались в режиме нормодинамии. Соответственно показателям гемодинамики, изменялись гумаральные показатели адекватности обезболивания. Показатель глюкозы был выше на 70%, а показатель кортизола на 51% был выше в контрольной группе, тогда как в основной группе эти показатели практически не изменялись, что доказывало лучшее качество послеоперационного обезболивания в основной группе.

Выводы. Применение принципа мультимодальности для послеоперационного обезболивания после абдоминальных операций у детей обеспечивает стабильность гемодинамических показателей, минимальное напряжение гомеостаза, менее выраженную реакцию симпатоадреналовой системы за счет хорошей нейровегетативной защиты и симпатической блокады, эффективно устраняет болевой фактор и значительно снижает расход наркотических анальгетиков.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ.

Якубова З.А., Ахмедова М.Б.
ТашПМИ

Актуальность: Состояния здоровья подрастающего поколения имеет очень важное значение в системе здравоохранения страны. Подростковый период характеризуют ряд физиологических перестроек во всем организме, в этом же периоде обучение требует больших усилий в общеобразовательном учреждении, и это совпадает с периодом роста и развития, когда организм наиболее чувствителен к воздействию неблагоприятных условий окружающей среды. В пубертатный период происходит активация симпатико-адреналовой системы, что обеспечивает адекватное энергоснабжение и адаптацию организма к внешним воздействиям, к 18 годам это влияние постепенно снижается.

Цель исследования: Изучить особенности соматического статуса и вегетативной нервной системы (ВНС) в пубертатном периоде у детей.

Материал и методы: Для исследования были выбраны 22 ребенка в возрасте от 12 до 16 лет. Из них мальчиков было -10 (45%), девочек - 12 (54%). В исследовании использовались клиничко-неврологические методы, оценка состояния ВНС определялась по опроснику Вейна, который состоит из вопросов, на которые отвечает сам больной и врач. По полученным баллам определяли наличие вегетативной дисфункции. Исследования проводилось в поликлинике ТашПМИ совместно с Республиканским диагностическим центром г.Ташкент.

Результаты: По результатам, у большинства подростков выявлена хроническая патология и функциональные отклонения. У мальчиков в структуре заболеваемости больше определилось болезни 1- костно-мышечной системы и соединительной ткани (50%), 2 - нервной системы (30%), 3 - заболевания верхних дыхательных путей (20%); у девочек на первом месте - болезни нервной системы (58,3%), 2 - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (25%), 3 - заболевания верхних дыхательных путей (16,7%). При исследовании в невротическом статусе определялись рассеянная микросимптоматика в виде оживления сухожильных рефлексов (45,5%), положительного симптома Хвостека (22,7%), гипергидроза ладоней и стоп (18,2%), мраморности кожных покровов (13,6%). По опроснику Вейна в среднем отмечалось 21,6 баллов, что подтверждает наличие вегетативной дисфункции. В зависимости от выраженности

вегетативных нарушений были назначены вегетокорректоры в возрастной дозировке и плановая коррекция соматической патологии.

Вывод: Учитывая наличие дезадапционного состояния организма подростка нужно проводить профилактические осмотры, анкетирования, раннюю диагностику соматической патологии. Необходимо держать в балансе вегетативной гомеостаз, нужно проводить поддерживающую терапию вегетокорректорами, чтобы адаптивно-компенсаторные механизмы были в пределах нормы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

*Зокирова Н.З., Турсунова М.А.
ТашПМИ*

Целью работы явилось оценка эффективности анестезии исследованием показателей центральной гемодинамики при операции артропластики тазобедренного сустава у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилась у 32 больных детей, в возрасте от 3 до 14 лет, при врожденном вывихе тазобедренного сустава. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (18 больных) - анестезия проводилась с использованием фентанила (0,005 мг/кг) и пропофола (2-3,5 мг/кг); 2-я группа (14 больных) – анестезия с использованием фентанила (0,005 мг/кг) и оксibuтирата натрия (100 мг/кг) Клиническое наблюдение проводилось с определением АДс, АДд, АДср, ЧСС и сатурации кислорода (SatO₂) в крови и показателей центральной гемодинамики (ЭхоКГ).

Результаты. После премедикации в первой исследуемой группе достоверно возрастала ЧСС на 10,3%, при этом показатель АД оставался стабильным. После введения фентанила такие показатели гемодинамики, как ударный индекс (УИ), средне-динамическое давление (СДД), сердечный индекс (СИ), фракция изгнания (ФИ) и ЧСС уменьшались по сравнению с таковыми периода премедикации, соответственно на 14,21% (P<0,05), 3,98%, 8,57%, 4,19% и 2,79%, за исключением УПС. Через 10 минут после интубации наблюдалось достоверное увеличение УИ на 20,44%, СИ на 21,65% и СДД на 8,53%, в тоже время отмечалось уменьшение УПС на 13,76% (P<0,05).

Появилась тенденция к снижению показателя фракции изгнания (ФИ). В периоде поддержания анестезии также наблюдались определенные изменения показателей центральной гемодинамики. Так, на этапе разреза кожи по сравнению с предыдущим периодом имело место уменьшение показателей СДД на 6,52%, ЧСС - на 8,49%, СИ - на 12,84%. При этом, отмечалось увеличение УПС на 13,44%.

Этап травматического момента операции характеризовался увеличением СДД на 3,72% и ЧСС на 4,34%. Другие показатели незначительно изменялись. В конце операции наблюдались также минимальные изменения показателей.

Во 2-й группе после вводного наркоза отмечалось снижение ЧСС (на 18%) и АД (на 4%), по сравнению с исходными данными. После окончания оперативного вмешательства данная тенденция сохранялась: ЧСС было снижено на 9%, АДс - на 9%. Пробуждение детей 2-й группы наступало через 50 мин, только через 80 мин после окончания операции сознание полностью восстанавливалось.

Выводы. Минимальное влияние комбинированной анестезии с использованием фентанила и пропофола на показатели центральной гемодинамики позволяет широко применить метод обезболивания при операции артропластики тазобедренного сустава и может быть широко использован в практической анестезиологии.

РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ТАЗОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Эргашева Н.Н., Саттарова М.
ТашПМИ*

Актуальность. Тазовые нарушения продолжают оставаться одной из частых осложнений спинальной патологии и в настоящее время являются весьма актуальной и сложнейшей проблемой не только в медицинском, но и социальном аспекте. Раннее диагностирование и своевременная комплексная коррекция нарушений функций тазовых органов предотвращает социальную и школьную дезадаптацию ребёнка.

Цель исследования. Оптимизировать применение физиотерапии при нарушениях функции тазовых органов у детей со спинальной патологией и возможность их коррекции антихолинэстеразным препаратом нивалин.

Материал и методы. Обследованы 88 детей со спинномозговыми грыжами в возрасте от 1-14 лет (мальчиков 36, девочек 52). У всех больных проведено тщательное клинико – неврологическое, компьютерно – томографическое или МРТ исследование спинного мозга. У всех обследованных в клинической картине отмечались разнообразные синдромы в виде двигательных, чувствительных, рефлекторных и вегетативно – трофических расстройств.

Результаты исследования. Нарушение функции тазовых органов наблюдалось у 74 больных. Из них у 40 больных выявлено недержание мочи и кала, у 10 больше выражено недержание кала и у 24 больных выражено недержание мочи. Этим больным в послеоперационном периоде проводили восстановительную терапию, включавшее 2 основных компонента – медикаментозное и физиотерапевтическое воздействия, направленное на предупреждения развития спаечного процесса, рассасывания спаек, улучшения кровообращения, облегчения проведения нервных импульсов и восстановление функции нейромышечного аппарата. Курс лечения составлял 15-20 дней в течение 2 лет каждые 3-4 месяца, а в последующем – 2 раза в год. Базисное лечение включало препараты, влияющие на нейромедиаторные системы мозга; витамины группы (В, С, А, Е); биостимуляторы и рассасывающие препараты. При лечении нарушений функций тазовых органов учитывались их типы, что в свою очередь отражалось на эффективности проведенных терапевтических мероприятий.

- При гиперрефлекторном типе нарушения мочеиспускания: базисная терапия + дрипан+атропин (электрофорезом)
- При детрузорно - сфинктерном диссинергическом типе нарушения мочеиспускания): базисная терапия + дрипан
- При гипорефлекторной дисфункции проводили курс стимуляции детрузорной активности мочевого пузыря нивалином согласно возрастной дозировки (по 0,25-1 мл/г ежедневно внутримышечно в течение 10 дней, в последующем в виде таблеток продолжительностью 30-40 дней). У детей до годовалого возраста проводили электрофорез с нивалином в область мочевого пузыря.

Динамическое наблюдения за больными после лечения позволило установить улучшение функции тазовых органов у детей. У 20 больных в конце первого курса лечения отмечалось прекращение непроизвольного выделения мочи, а также нарастала мышечная сила, увеличился объем активных движений в нижних конечностях. У 35 больных отмечалась положительная динамика, значительное восстановление функции спинного мозга – после 2-3 –кратного лечения.

Выводы. Таким образом, применение препарата нивалин путем электрофореза у детей с тазовыми расстройствами способствует улучшению проводимости импульсов идущих к мышечной ткани, усиливает сокращение мышц промежности и стимулирует детрузорную функцию мочевого пузыря. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости применения нивалина в комплексной реабилитационной терапии у детей со спинальной патологией.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.

*Тургунова Х.З., Каримова З.К., Исламов А.Й.
ТашПМИ*

Актуальность. Болезни органов дыхания у детей различных возрастов являются актуальной проблемой педиатрии, за счёт высокого уровня детской заболеваемости, и летального исхода (К.И.Надирова, 2016). Болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков, составляя до 45% от общей детской патологии (Ю.Л.Мизерницкий, А.А.Корсунский, 2017; Е.С.Ильина, 2014).

Цель. Изучение антибактериальную чувствительность возбудителей острой пневмонии у детей раннего и дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Были исследованы 87 биопатов взятых у детей от 1 года до 5 лет, прошедших стационарное лечение в клинике ТашПМИ с диагнозом острая внебольничная пневмония. Биопаты были взяты из слизистого слоя верхних дыхательных путей, их чувствительность к антибиотикам определена по стандартной методике, в бактериологической лаборатории данной клиники. Для изучения резистентности были взяты антибиотики: ампициллин, цифтриоксон и гентамицин. Изучение резистентности проводилось по стандартной методике.

Результаты исследования. Как показали наши исследования, у детей с острой внебольничной пневмонией при бактериологическом исследовании биопатов из верхних дыхательных путей чаще всего отмечается сочетание 2 и более микроорганизмов. При этом чаще всего определяли *Str. pneumoniae* (81,8%), *P.aeruginosa* (69,7%), *Staph.aureus* (66,7%). Микроорганизмы семейства энтеробактерий, были представлены родами *Serratia marcescens*, *Enterobacter agglomerans*, *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus vulgaris* и *Citrobacter freundii*, в общей сложности высевалось у 33,3% (n=29) пациентов.

В небольшом количестве случаев 3,4% (n=3) были получены представители рода *Neisseria spp.* У 1 пациента был высеян *Streptococcus agalactiae* и у 1 пациента – *Staphylococcus haemolyticus*.

По результатам бактериологического исследования, наиболее высокая чувствительность бактерий к антибиотикам оказалась по отношению к гентамицину (аминогликозидный ряд) - 82,8% (n=72), в то время как чувствительность к ампициллину (ряд синтетических пенициллинов) - 74,7% (n=65) и цифтриоксону (цефалоспориновый ряд) - 56,3% (n=49). Следовательно, учитывая комбинированную встречаемость микроорганизмов при острой внебольничной пневмонии, использование антибиотиков аминогликозидового ряда наиболее эффективно, но учитывая их отрицательное влияние на формирование костной системы растущего детского организма выбор антибактериальной терапии должно проводиться с функциональной деятельностью жизненно важных органов пациентов.

Вывод. Этиопатогенетические микроорганизмы, вызываемые острую внебольничную пневмонию у детей, наиболее чувствительны к антибиотикам аминогликозидового (82,8%) ряда и синтетических пенициллинов (74,7%), что следует учесть при проведении антибактериальной терапии.

РОЛЬ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

*Ахрарова Н.А., Мирхошимов М.М.
ТашПМИ*

Актуальность. Физическое развитие является естественным процессом возрастного изменения морфологических и функциональных свойств организма человека. Термин «физическое развитие» употребляется в двух значениях: как процесс, происходящий в организме человека в ходе естественного возрастного развития и под воздействием средств физической культуры. Это комплекс признаков, характеризующих морфофункциональное состояние организма, уровень развития физических качеств, необходимых для жизнедеятельности.

Цель исследования: Выявить особенности физического развития детей в зависимости от характера вскармливания (естественное, искусственное) и определить динамику роста и веса у детей первого года жизни.

Материал и методы. Проведен анализ 45 амбулаторных карт. Дети, находящиеся на естественном вскармливании, составили 1-группу ($n=27$), на искусственном – 2-группу ($n=18$). Проводилась оценка по основным показателям физического развития (вес, рост, соотношение рост/масса) при помощи центильных таблиц.

Результаты и их обсуждение. Наиболее высокие показатели роста отмечались в 1-группе к 3 месяцу жизни (70,4% случаев, $p<0,05$), уменьшаясь до 48,1% в 1 год. У детей на искусственном вскармливании первые месяцы чаще встречались результаты ниже 25-го центиля ($p<0,01$), в возрасте 1 года уже у 50% детей показатели выше среднего. Высокие результаты (более 90 центиля) встречались только среди детей из 1-группы, достигая максимума к 3-месяцу жизни (63,0%). Во 2-группе отмечалась обратная тенденция: число таких детей увеличивалось от 12,5% в 1 месяц до 50% в 1 год. В 1-группе высокие результаты показателя рост/масса (более 75 центиля) отмечались к 6 месяцам (48,1% по сравнению с 25% во 2-группе).

Выводы:

1. У младенцев на естественном вскармливании отмечаются высокие темпы роста и прибавки массы тела на первых месяцах жизни, с постепенным их выравниванием на втором полугодии. К 12 месяцам у большинства детей (62,9%) этой группы на грудном вскармливании определялось гармоничное физическое развитие.

2. У детей на искусственном вскармливании происходит интенсивное увеличение параметров физического развития с 5-6 месяцев, достигая высоких показателей к концу первого года жизни.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*Кадомцева Л.В., Винокурова Е.В.
ТашПМИ*

Актуальность. Взаимодействие эндотелия с С-реактивным белком. СРБ участвует в активизации процессов воспаления и приводит к дисфункции эндотелия. СРБ, активизируя процессы перекисного окисления липидов, еще больше усугубляет дисфункцию эндотелия. Все это приводит к вазоконстрикции, повышению артериального давления, тромбообразованию.

Цель. Изучение участия С-реактивного белка в патогенезе развития АГ на ранних и доклинических стадиях.

Методы исследования и результаты. Методами исследования были пациенты в возрасте от 32 до 65 лет. По данным исследований пациентов, страдающих АГ риск сердечно-сосудистого заболевания, наблюдался при определенном уровне СРБ. Концентрация СРБ менее 1 мг/л указывала на низкий риск сердечно-сосудистого заболевания, 1-3 мг/л говорит о среднем риске, более 3 мг/л – высокий риск. В исследованиях показана прогностическая значимость СРБ в отношении развития ГБ. Связь неспецифического воспаления и ГБ объясняется нарушением гемодинамических механизмов. Циклическое напряжение давление крови при ГБ усиливает адгезию внутриклеточных молекул к эндотелию, что приводит к активизации адгезии моноцитов на эндотелии, тем самым способствует развитию ее дисфункции.

Выводы. Таким образом, необходимо пересмотреть имеющиеся рекомендации по поводу оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний и того, что нормализация уровня СРБ должна стать еще одним фактором, отслеживаемым во время лечения ГБ наряду с липидным спектром, в частности – с ЛПНП.

ДИЕТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

*Пулатова С.Ш., Ким Д.Ю.
ТашПТИ*

Актуальность. Значительная роль в формировании тревожно-депрессивных расстройств у детей и взрослых принадлежит такому фактору, как нерациональное питание (Студеникин В.М., 2012). Данная проблема широко дискутируется учеными (психологами, врачами-психиатрами, неврологами диетологами) во всем мире

Цель. Изучение влияния частоты потребления продуктов «быстрого питания» («fast food») на формирование тревожно-депрессивных симптомов у лиц подросткового и молодого возраста.

Материалы и методы. В общеобразовательной школе 98, и среди студентов первого курса ТашПМИ нами было опрошено 95 человек в

возрасте от 13 лет до 21 года, средний возраст – $15,4 \pm 1,4$ лет. После анкетирования испытуемые были разделены на 3 группы: 1-я – подростки и молодые люди, совсем не употребляющие продукты из перечня «фаст-фуд»; 2-я группа – редко употребляющие «фаст-фуд»; 3-я – ежедневно употребляющие продукты «быстрого питания». Затем нами проводилось обследование данных групп с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга и опросника ситуативной тревожности Спилбергера.

Результаты. В ходе опроса было установлено, что у группы с правильным питанием практически отсутствуют депрессии и тревога (12,4% испытуемых) и у 4,6% наблюдается легкое состояние тревожности, не связанное с питанием. У 24,7% опрошенных из группы редко употребляющих «фаст-фуд» наблюдается легкая депрессия и тревожность по данным шкалам; и у 60,8% опрошенных с неправильным питанием была выявлена более тяжелая степень депрессии и тревожности ($p < 0,05$).

Вывод. Исследование выявило значимую зависимость между наличием выраженных форм депрессии, тревожности и несбалансированным рационом питания у школьников и студентов, что позволяет рекомендовать пищевые продукты с высоким содержанием нутриентов для комплексной коррекции и профилактики данных видов эмоциональных нарушений.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕГИОНЕЛЛЫ И ЕЁ РОЛЬ В ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Тургунова Х.З., Каримова З.К.
ТашПМИ

Актуальность: Легионеллы относят к числу недавно открытых возбудителей, которые вызывают заболевание легионеллез. Первый случай легионеллеза была зарегистрировано в виде эпидимической вспышки в Филадельфии (США) в 1976 г, где из 4400 участников конгресса организации «Американский легион» у 5% людей развивалась тяжелая пневмония. Смертность при этом составляла 15,4%.

Цель исследования: Ознакомить читателей с основными свойствами легионелл.

Материал и методы исследования: Материалом для тезиса послужили научные статьи, монографии, учебные пособия и публикации последних лет. Основной метод ретроспективный метод.

Этиологический агент при данном заболевании был установлен американским учёным-рикетсиологом. J.E. McDade и C.C. Shepard, которые выделили возбудителя из ткани легкого которые имеют многочисленные (42) серогрупп и видов.

Результат: По морфологии легионеллы палочки шириной 0,5-0,7 мкм и длиной 2-7 мкм, подвижные, ферментативные свойства не очень развиты. Они не растут на универсальных питательных средах и для своего роста и размножения требуют специально приготовленные среды, из-за потребности их к L-цистеину и в растворимом гидроксиде железа (Fe++). Для выделения культур используют модификации буферного угольно-дрожжевого агара, содержащего L-цистеин, растворимого железа и альфа-кето-глицериновую кислоту (среда BCYED). Рост некоторых видов стимулируется при присутствии 2,5-3% углекислого газа. Они растут в первой генерации медленно в течении 3-5 суток. Токсигенность легионелл зависит от наличия в их структуре специфического белка-mir белок. Распространенность легионелл: Легионеллы обитают в пресноводных водоемах, где они являются симбионтами сине-зеленых водорослей, паразитируют в водных и почвенных амёбах, инфузориях и других простейших. Механизм передачи легионеллезной инфекции-аспирационный, пути передачи воздушно-капельный, основной фактор передачи мелкозернистый аэрозоль. Болезнь протекает в двух формах: болезнь легионеров и понтанская лихорадка. Для лечения применяются антибиотики с широким спектром действия, как эритромицин, пенициллин.

Вывод: Таким образом, легионеллы являются сравнительно молодым, но широко распространенным возбудителем, и многие вопросы касающиеся возбудителя остаются неизученными

ЎЗБЕК ТИЛИДА ТИНИШ БЕЛГИЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Курамбаева Г.К., Рахматуллаева Н.С.
ТошПТИ

Мавзунинг долзарблиги. Пунктуация тилининг синтактик қурилиши билан узвий боғлиқ бўлиб, ёзма нутқни тўғри, ифодали, аниқ баён қилишда, унинг услубий раволигини, тез тушуналишини таъминлашда бениҳоя зарурий воситадир. Тиниш белгилари -муайян тилда ёзма нутқни тўғри, ифодали, мантикли баён қилишда, уни ихчамлашда, ёзма нутқ қисмларининг ўзаро мантикий грамматик муносабатларини кўрсатиш учун хизмат қиладиган муҳим воситалар. Ҳар қандай услубда ҳам хоҳлаган тиниш белгисидан фойдаланиш мумкин.

Ишнинг мақсади ёзув маданиятини шакллантириш ва такомиллаштиришда пунктуация, яъни тиниш белгиларининг алоҳида аҳамиятга эга эканлигини кўрсатишдан иборат.

Материал ва натижалар. Тиниш белгилари ўз вазифасига кўра 2 га бўлинади: а) чегараловчи тиниш белгилари - гапнинг чегарасини билдириш, бирон бир гап бўлагини интонацион мазмун жиҳатдан ажратиш кўрсатиш учун хизмат қилувчи: қавс, қўштирноқ, ягона қўшалок белги сифатида қўлланувчи вергул, айни шу вазифадаги тире; б) ажратувчи тиниш белгилари - мустақил гаплар, уларнинг қисмлари, гапнинг уюшқ бўлаклари, гапнинг ифода мақсадига кўра турлари, нутқнинг бўлинганлигини кўрсатувчи: нукта, сўроқ ва ундов белгилари, вергул, нуктали вергул, икки нукта, тире, қўп нукта.

Тиниш белгилари тузилиш жиҳатидан 2 га бўлинади: бир элементли тиниш белгилари (вергул, тире, нукта) ва қўп элементли тиниш белгилари. Бу гуруҳ ўз навбатида, 2 элементли (сўроқ ва ундов белгилари, икки нукта, нуктали вергул, қавс), 3 элементли (қўп нукта) ва 4 элементли (қўштирноқ) тиниш белгиларига ажралади. Қўлланиш ўрнига кўра, тиниш белгилари 3 гуруҳга бўлинади: гап охирида қўлланадиган тиниш белгилари (нукта, сўроқ ва ундов белгилари), гап ўртасида қўлланадиган тиниш белгилари (вергул) ва аралаш, яъни гапнинг турли ўринларида қўлланиладиган тиниш белгилари (тире, икки нукта, қўштирноқ, қавс, қўп нукта). Тиниш белгилари яқка ёки бириккан ҳолда ишлатилади. Бу белги гап мазмунини ва оҳангига мувофиқ ҳолда қўйилади. Сўроқ ва ундов белгиси бириккан ҳолда кучли ҳаяжон билан айтилган сўроқ гаплардан сўнг қўйилади: Масалан: -*Нималар деяпсиз, ўзи?! Мен бу мақсадда келганим йўқ-ку?! Нуктали вергул ўз ичида вергули бўлган, мазмунан бироз фарқланувчи гаплардан иборат бўлган қўшма гапларда қўлланади: Бир жойда турганимда деярли фикр қилолмайман; танам ҳамма вақт ҳаракатга келади.* Тире эга билан кесим боғламасиз бирикканда қўлланади: *Бу –сенинг ишинг.* Қўштирноқ қўчирма гапни ажратиш кўрсатиш учун қўйилади: *“Тарбия болаликдан бошланади”, - дейди халқимиз.* Шунингдек шартли номни, киноя маъносини билдирган ёки қўчма маънода қўлланган сўз ёки бирикмалар: Унинг бундай *“чиройли”* қилигидан уялиб кетдим.

Тиниш белгилари орасида вергул маънони ўзгартириш хусусиятига эга. Масалан: *“Укам Рустам шифокор бўлди”* гапни вергул ёрдамида уч хил маъноли қилиб ўқиш мумкин. Агар *“укам”* сўзидан сўнг вергул қўйилса, у ундалмага айланади. *“Рустам”* сўзининг ҳар иккала томонидан вергул қўйилса, Рустамга укаси шифокор бўлганлигини айтётган маъно келиб чиқади. Агар ушбу гапда умуман вергул ишлатилмаса, шунчаки Рустам исми укасининг шифокор бўлганлигини англаш мумкин.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш жоизки, тиниш белгилари, яъни пунктуация тилшуносликнинг бир бўлими сифатида нутқ равонлиги, ифодалилигини таъминловчи муҳим омилдир. Тиниш белгилари қўлланш ўринларига кўра гаптаги маънони муайян нутқий жараёнда оидинлаштиради.

ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Юлдашева Д.С., Хамраева М.Э.
ТашПМИ*

Актуальность: Наиболее частой причиной смерти при внематочной беременности (ВМБ), расположенной в фаллопиевой трубе является несвоевременная диагностика её локализации. Применение у таких беременных трансвагинального ультразвукового исследования позволяет своевременно выявить патологию и принять необходимые меры на ранних сроках, до появления последствий. Частота встречаемости внематочной беременности составляет 2-2,5 % случаев всех беременностей. Во всем мире наблюдается тенденция к росту числа внематочных беременностей, что скорее всего связано с увеличением частоты половых инфекций, увеличением числа аборт. Так же немало важную роль играет определение уровня бета-ХГЧ, то есть хорионического гонадотропина, не соответствующего данной неделе беременности и врач при ультразвуковом исследовании определил, что в матке нет эмбриона (зародыша), но есть изменения вне полости, тогда можно говорить о протекающей внематочной беременности. Внематочная беременность — ненормальная беременность, которая представляет серьезную угрозу для жизни женщины и требует неотложной помощи врача-гинеколога.

Цель исследования: Провести анализ данных УЗИ и уровня ХГЧ у женщин с подозрением на внематочную беременность. Ознакомиться с данными, представленными в современной литературе, касающихся изучения своевременной диагностики внематочной беременности.

Материалы и методы: В обзор включены данные зарубежных и отечественных статей, лекционные и практические материалы. Нами были обследованы 56 женщин с подозрением на внематочную беременность, которые обратились за консультацией с жалобами на боли в области малого таза и задержкой менструации. В диагностических целях всем было проведено УЗИ и определение ХГЧ гормона крови. По данным исследования, у 34 женщин из исследуемой группы было зарегистрировано повышение уровня гормона ХГЧ, при отсутствии плодного яйца в полости матки (данные трансвагинального УЗИ).

Результаты исследования: Подтверждение отсутствия ВМБ путем сканирования в плоскости трансвагинальной короткой оси являются: утолщенная эндометриальная полоска по средней линии матки и сзади от тазового тупика, отсутствие свободной жидкости, темного анэхогенного скопления жидкости в тазовом тупике. Мы так же видим утолщенную маточную трубу, представляющую из себя нечто похожее на знак рогалика. И в утолщенной маточной трубе у нас есть положительный результат – это наличие фетального полюса. Боли внизу живота и положительный тест на беременность. Повышение уровня ХГЧ в крови свидетельствует о наличии беременности у обратившихся женщин. Оба метода исследования являются информативными и взаимодополняющими в постановке диагноза внематочной беременности.

Выводы: С целью профилактики осложнений необходимо проводить своевременное обследование. УЗД позволяет выявить наличие и месторасположение эктопической беременности. Необходимым условием также является грамотность беременной на должном уровне.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ГОРОДА

*Ищенко И.В., Коллас Е.В.
ТашПМИ*

Актуальность: В современных условиях развитие репродуктивной функции у девочек-подростков непосредственно связано с рядом негативных поведенческих факторов. Современная молодежь, как юноши, так и девушки характеризуются ранней сексуальностью, неразборчивостью половых партнеров, излишней информированностью в области половых отношений, незащищенностью половых актов, что отражается на состоянии репродуктивного здоровья.

Цель: Оценить состояние репродуктивного здоровья девочек – подростков в современном аспекте у девочек – подростков.

Материалы и методы: Нами были обследованы 150 девочек-подростков в возрасте 13-18 лет. Среди всех обследованных девочек - подростков абсолютно здоровыми оказались 19 человек. Они обратились за консультацией о методах контрацепции. У остальных девочек были диагностированы различные заболевания органов малого таза, такие как нарушение менструального цикла в 37% случаев, сальпингоофарит в 29% случаев, поликистоз яичников в 12% случаев и др.

Результаты исследования: По данным нашего обследования, средний возраст menarche у девочек-подростков составил $11,3 \pm 0,1$ года. При этом в возрасте 11-12 лет менструации начались у 65,5% девочек-подростков.

Среди обследованных девочек-подростков 97,3% жили половой жизнью с 16 лет. При этом число девочек-подростков, имеющих отношения с одним половым партнером, составило 48,2%, 2-3 половых партнеров – 39,6%, а 13,2% девушек имели 3 и более половых партнеров. Из 150 обследованных девушек 12 имели единственный половой акт и 6 девушек были изнасилованы.

По данным исследования возраста начала половой жизни девочки-подростки в более, чем половине случаев имели свой первый сексуальный опыт начала половой жизни до 17-ти лет.

Средний возраст начала половой жизни у обследованных девочек-подростков составил $16,8 \pm 0,1$ года.

Раннее начало половых отношений девочек-подростков имеет определенные отрицательные последствия, как с медицинской, так и с социально-эмоциональной точки зрения. Это касается непосредственно самих девочек-подростков, а также их семей и всего общества. Стоит отдельно определить риск добрых зачатий, количество прерываний беременности, как по социальным показателям, так и по собственному желанию.

По данным нашего исследования, только 78% девочек-подростков применяли различные средства контрацепции: презерватив в 34% случаев, прерывание полового акта в 42% случаев, применение оральных контрацептивов в 17% случаев, применение календарного метода контрацепции (метод ритма) в 7% случаев.

Каждая 6 девочка имела беременность в анамнезе, из которых 96% закончились искусственным прерыванием беременности, в 1% случаев беременность закончилась самопроизвольным выкидышем и в 3% – рождением ребёнка.

Выводы: Основными проблемами репродуктивного здоровья по данным нашего исследования можно считать: раннее начало половой жизни, низкая информированность подрастающего населения в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья, отсутствие системы полового воспитания девочек-подростков. Это повышает риск развития нарушений репродуктивной системы, увеличения числа нежелательных беременностей, психо-социальной незрелости девочек-подростков.

IMPACTS OF COMBINED GENERAL ANESTHESIA TO COGNITIVE FUNCTION OF CHILDREN AFTER ORTHOPEDIC OPERATIONS

*Ismailova M.U., Toshboyev D.A.
TashPMI*

Taking operation interventions and medical manipulations done in children under general anesthesia, also number of cases of negative impacts to cognitive functions into consideration, necessity to the investigation of these issues undoubtedly causes interest. This problem is particularly actual in pediatric anesthesiology. Especially in adolescence – the time when psychological development occurs – are susceptible to emotional and cognitive dysfunctions, also as a result of operational stress and general anesthesia.

Aim of our work is to compare the effects of general anesthesia and operational stress to cognitive functions of children by taking variants of general anesthesia.

Materials and methods: In TashPMI's department of reanimatology and traumatology 22 patients were observed (9 boys, 13 girls) from 7 to 13 with the following diagnosis: Funnel shaped deformation of thoracic region II-III degree, innate dislocation of femur. In objective somatic status they were included to II-III class in ASA. In 11 patients inhalational anesthesia with sevoflurane 0,8-1,5% (1st group), in 11 patients combined general anesthesia with propofol 100-150 mg/kg/min and phentanyl arduani. Artificial ventilation of lungs was performed in closed apparatus of Dräger Fabius (Germany) in regimen of hyperventilation with FiO_2 0,4. Infusion therapy (IT) was standard in all groups and was performed with introducing crystalloids and colloidal solutions. Kids were observed with different psychometric methods, including short scale of assessing psychological status. Investigation of psychometric status was performed as follows: until operation, on the first, third and fifth day of operation.

Results and discussion: Compared analysis of inhalational and intravenous anesthesia to cognitive function demonstrated that anesthesia with sevoflurane seemed to have reliably less impact on emotional status than anesthesia with propofol. On the third day after the procedure figures of all groups declined, reliable difference between the groups wasn't noted. On the fifth day consciousness returned to the initial condition. One of the most informational things about cognitive functions after general anesthesia is that there was better long-term mechanical memory. It changed more than other figures. On the third day long-term mechanical memory did not vary substantially. On the fifth day long-term mechanical memory was the same as it was before the procedure.

Outcomes:

1. Inhalational anesthesia with sevoflurane guarantees better psychological function, full rehabilitation of psychological status occurs on the fifth day of postoperative period, as well as combined general anesthesia with propofol.
2. Choosing optimal method of anesthesia in clinical practice should be based on the features of general anesthesia's impact on cognitive functions of children in early postoperative period and in traumatic procedures, which will consequently ensure social protection of children.

JIGAR SERROZI RIVOJLANISHI XAVF OMILLARI HAQIDA BEMORLARNING XABARDORLIK DARAJASI

*Valiyeva T.A., Egamova N.
TashPMI*

Dolzarbli: Jigar serrozi - bu a'zoning surunkali kasalligi bo'lib, jigar parenximasining tiklanmas ravishda fibroz biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi orqali kechadigan kasallik.

Bu kasallik 35-60 yosh oralig'ida bo'lgan bemorlar o'limining 6 ta asosiy sabablaridan biri bo'lib, 20% hollarda bemor vafotidan so'ng shu kasallik bilan og'riqlanligi aniqlandi. Butun dunyoda esa bu kasallik bo'yicha har yili 40 million kishi hayotdan ko'z yumadi.

Maqsadi: Aholining bu kasallik bo'yicha moyillik darajasini aniqlash va bu kasallik bo'yicha aholining bilim darajasini oshirish.

Tadqiqot usullari va materiallari: Tadqiqot usuli Toshkent shahri 5 – Shahar klinik shifoxonasining xirurgiya va kardiologiya bo'limida 23ta bemorlar orasida anonim so'rovnomada o'tkazildi. So'rovnomada 16ta (69,6%) ayollar, 7ta

(30.4%) erkaklar ishtirok etishdi. Ulardan 8.7% (2ta) ini 35-45 yoshlilar, 17,39% (4ta) ini 45-55 yoshlilar, 73.9% (17ta) ini 55 yoshdan kattalar tashkil qiladi.

Olingan natijalar: Bemorlarning 3ta (13.04%) jigar serrozi kelib chiqish sababi haqida ma'lumotga ega, 10ta (43.48%) qisman ega, 10ta (43.48%) umuman ma'lumotga ega emas. 7ta (30,4%) bemorlar ovqatlanish qoidalariga rioya qiladi va umuman yog'li taomlar iste'mol ilishmaydi, qolgan 16ta (69,56%) bemorlar esa pala-partish va vaziyatga qarab ovqatlanadi. ulardan 12ta (75%) yog'li taomlarni sevib tez-tez iste'mol qilishadi, 4ta (25%) ba'zan iste'mol qilishadi. 18ta (78.26 %) bemor kasalliklarga qarshi muntazam dori iste'mol qilishadi, 5ta (21.74%) faqat zarur hollarda iste'mol qilidi. Dorilarni qabul qilishidan oldin 15ta13ta (56.5%) (65.22%) bemor ko'rsatmasiga e'tibor beradi, 8ta (34.78 %) esa e'tibor bermaydi. O't yo'llari kasalliklari bemorlarning 13ta (56.5%) ini bezovta qiladi.

Xulosa: Shunday qilib, ko'rsatkichlarga qaraganda, jigar serrozi qanday kasallik va uning kelib chiqish sababi haqida bemorlarimizning bilim darajasi yetarli emas. Bilim darajasini oshirish maqsadida esa gazeta, jurnal va televediniyalar, aholi gavjum joylar (metro, ovqatlanish joylarida, bog'lar va o'quv dargohlar)da ushbu kasallik bo'yicha ma'lumotlar tarqatish, reklamalardan foydalanishimiz kerak.

FEELINGS OF STRESS AS A PHYSICAL AND EMOTIONAL RESPONSE

Mirzaeva Sh.R., Yusupova Z.Sh.
TashPMI

Actuality. Any time every one can feel how much stress they are under. Certainly, the demands of study, work, marriage, parenting, or any sudden and unpleasant situation can produce feelings of distress that detract from wellness. Even though we have all experienced stress, we may have questions about what it is. By some of the stress theories, it is described as "the nonspecific response of the body to any demand made on it." As a result harmful, disagreeable stress calls distress. Distress that is not controlled can result in physical and emotional disruption, illness, and even death.

The aim of the work. To study feelings of stress as a physical and emotional response.

Methods and materials. During periods of stress, communication between the hypothalamus and the pituitary gland is accomplished by the release from the hypothalamus of a chemical messenger into the blood flowing directly to the pituitary gland. This chemical stimulates the pituitary gland to produce its own powerful hormone, *adrenocorticotrophic hormone (ACTH)*. ACTH is then released into the bloodstream, ultimately reaching a pair of glands of the endocrine system called the *adrenal glands*. ACTH stimulates the outer layer (**cortex**) of the adrenal glands to produce chemical substances called *corticoids*. Corticoids support the powerful hormone *epinephrine*. During the stress periods, the heart and lungs shift into high gear. Epinephrine helps increase the rate of *cardiac* and *pulmonary* function. Immune system cells are mobilized as if in anticipation of body injury. As glucose is the body's main source of energy, an early feature of the stress response is the release of glycogen from its deposit sites, particularly the *liver*. If a stressor is not eliminated promptly, the body's supply of *glucose* may become depleted. People under the stress may have frequent, bothersome *headaches*. It may be chronic headache symptoms or symptoms that are especially painful. Focused, intense pain near one eye, often producing a red and teary eye and a runny nose. Headaches occur daily for weeks or months. Obviously, the effects of unresolved stress can built up until the body begins to break down. This breakdown leads to stress-related diseases and disorders. Among the major diseases are the *hypertension, stroke, heart disease, kidney disease, depression, alcoholism, gastrointestinal disorders* and many others.

Conclusion. Many reasons, such as poor academic performance, loss of a friend, or being the only minority student can cause stress. Giving birth, receiving a promotion, or starting a passionate romance and others can also be stressors. In each case, the effect on the body's physical systems is relatively similar. Experts in stress management have proposed several effective techniques, such as self-hypnosis, relaxation, quieting, yoga, diaphragmatic breathing, exercise, transcendental meditation and others.

SIGNIFICANCE OF ECHOGRAPHY IN THE EARLY DIAGNOSTICS OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Jonibekov J.J., Kholova Nargis.
BukhMI

Relevance. Acute appendicitis is the most common acute pathology of the abdominal organs, the incidence of which remains at the level of 4-5 people per 1000 population. Postoperative complications after appendectomy vary from 6 to 8%, and mortality in this pathology is 0.1 - 0.4%. The problem of acute appendicitis and its complications in children remains extremely relevant in pediatric surgery and determines the need to study and accumulate experience in improving the latest technologies of radiation diagnosis.

Objective: To study the possibility of ultrasound in the diagnosis of various forms of acute appendicitis and its complications in children

Material and research methods. Clinical and laboratory, complex ultrasound methods were used. The examination was carried out using ultrasonic devices "SONOSCAPE SSI 5000" and "SONOSCAPE S22" with sector and linear sensors with a frequency of 3-5 MHz and, if necessary, a more detailed assessment was supplemented with a 7-12 MHz scanner. The work is based on the results of a comprehensive standard examination of 100 children aged from 1 year to 18 years, undergoing examination and treatment in the clinic «SALOMATLIK MASKANI». Of these, 25 children were diagnosed with acute appendicitis and its complications, and in 25 children pathology from the appendix was not detected (control group).

The results of the study. Echographic features of the appendix were studied in 25 practically healthy children. In the development of ultrasonic semiotics of this pathology in the B-mode, quantitative and qualitative signs were identified. Quantitative signs included the width of the appendix and the thickness of its walls. Qualitative signs were the state of the structure of the walls,

the contents of the cavity of the appendix, the elasticity of its walls and the condition of the surrounding tissues. The analysis showed that reliable quantitative ultrasound signs of OA in children in the B-mode were the appendix width over 7.4 mm and its wall thickness over 2.5 mm. Direct or immediate signs were observed in 13 (51.8%) children, in whom in the sagittal section the altered appendix looked like an elongated echo-negative formation with dense walls. In the cross section, the appendix had a characteristic symptom of the target. If there are signs of involvement in the inflammatory process of the surrounding tissues, it is determined by studying changes in vascularization according to color Doppler and energy mapping of blood flow.

Conclusion. Thus, ultrasound has obvious advantages in the study of the appendix - non-invasiveness, accessibility and low cost of the study. Ultrasound imaging in 60-70% of cases in the presence of inflammation.

СОПОСТАВИТЬ ЭФФЕКТОВ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*Муротов Темур Малик Низомович
Кафедра Анестезиологии и реаниматологии
Ташкентская Медицинская Академия*

Актуальность темы: черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это клиническое состояние, характеризующееся дисфункцией головного мозга, возникающей при повреждении внешней механической силой, заставляющей мозг быстро менять свое положение внутри черепа, при этом резко изменяется структура и функции головного мозга. Отек мозга после ЧМТ приводит к разрушительному повреждению структур мозга. ЧМТ характеризуется смешанным цитотоксическим и вазогенным механизмом развития, способствующие быстрому развитию тотального отека мозга. Одной из ключевых стратегий лечения внутричерепной гипертензии является гипертоническая терапия. В настоящее время для данной цели чаще всего используют маннит и гипертонические растворы NaCl. Однако, до настоящего времени не решен вопрос о преимуществах того или иного вида гипертонической терапии у пациентов с различной степенью тяжести ЧМТ, нет единого мнения о эффективности процента и осмолярности гипертонического раствора хлорида натрия у указанного контингента больных.

Цель исследования: оптимизация результатов лечения больных с изолированной ЧМТ путем дифференцированного использования вариантов гипертонических растворов.

Материалы и методы исследования: клиническое исследование 101 больных, находившихся на лечении в ОРИТ №1 и №2 клиники ТМА в период с января 2015 по декабрь 2019 года с изолированной ЧМТ в возрасте от 20 до 88 лет с угнетением сознания (4-12 баллов по шкале Глазго). Была выполнена с лечебно-диагностической целью люмбальная пункция с мониторией ликворной тензии. Параллельно этим же больным осуществляли качественное неинвазивное определение ВЧД с помощью М-эхопальсации III желудочка мозга, сопоставляя их с данными люмбальной пункции.

Результаты исследования: инфузия маннитола приводила к снижению ВЧД спустя 30 минут на 42,3%, через 60 мин 34,6%, а через 120 мин оно оставалось ниже исходных данных на 23,9%. Инфузия же 3,5% раствора NaCl уже к 30 минуте приводила к снижению ВЧД на 48,6%, через 60 мин 42,3%, а к концу 120 мин ВЧД оставалось ниже исходных данных на 35,9%. Инфузия 7% раствора NaCl уже к 30 минуте приводила к снижению ВЧД на 55,4%, через 60 мин 48,3%, а к концу 120 мин ВЧД оставалось ниже исходных данных на 39,9%.

Заключения: применение инфузии 15% раствора Маннитола и 3,5%, 7% раствора хлорида натрия является эффективным методом коррекции внутричерепной гипертензии у пациентов с ЧМТ.

-Гипертонические растворы (15% Маннитола и 3,5%, 7% раствор NaCl) вызывают снижение ВЧД в пределах 55-40% у больных с ЧМТ.

-Снижение ВЧД в пределах 30, 60 и 120 минут после введения гипертонических растворов более выражено при в/в введении 3,5%, 7% раствора NaCl относительно 15% Маннитола в расчетных дозировках.

-Использование 3,5%, 7% NaCl приводит к более продолжительному достоверному увеличению ЦПД и пролонгированного снижения ВЧД относительно 15% раствора маннитола.

СОДЕРЖАНИЕ

МУНДАРИЖА

I - Внутренние болезни	3
МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ НЕКОТОРЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р., Ниязова Я.М.	3
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р., Ниязова Я.М.	3
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И МЕХАНИЗМОВ ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ Абдувалиева Г.Т., Ниязова Я.М., Сахаталиева Р.Р.	4
СОСТОЯНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ Абдувахопова Н.Р., Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д.	5
СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА И МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Абдувахопова Н.Р., Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д.	7
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ МИЕЛОПАТИИ Абдукадирова Д. Т., Абдукадиров У. Т., Кобилов Ш. М., Ибрагимова Г.Ш.	8
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА Абдукадирова Д.Т., Абдукадиров У.Т., Бутахонов Ф.Т., Эгамов Ф.Ф.	9
ҚИШЛОҚ ШАРОИТИДА ОҒРИҚ ҚОЛДИРУВЧИ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ. Абдукадирова Д. Т., Абдукадиров У. Т., Кучкарова О. Б., Мамасолиева Ш.У.	9
РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПЕРЕНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОНМК Абдуллаева М.М., Шамсиева Э.Р., Агзамходжаева Н.С.	10
ТЕРАПИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ Абдуллаева К.А., Усманова Д.Н., Узбекиова Н.Р., Юлдашева С.Л.	11
ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ Абдуназаров Т., Эшонхужаев О.О., Латипова Н.К.	11
ХРОНОТЕРАПИЯ – ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ Абдуназаров Т., Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.	12
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ ДИЕТИЧЕСКИХ РАЦИОНОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Абдурахманов М.Г., Ибрагимов Д.Н., Юлдашев Р.Н.	13
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ Абдуразакова Р.Ш.	13
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПАЦИЕНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Абдуразакова Р.Ш.	14
ФАКТОРЫ РИСКА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Абдуразакова Р.Ш.	15
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДЕЛИРИОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Абдуразакова Р.Ш.	17
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Абдуразакова Р.Ш.	18
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН Абдурахманов М.М.	19
СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ, СИЙДИК ТОШ КАСАЛ-ЛИГИ ВА ГЛОМЕРУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРНИ МЕТЕО-ТАЪСИРЧАНЛИ ИФОДАЛАНИШЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКА-СИНИ АТМОСФЕРА БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ ХИСОБГА ОЛИБ МУВОФИҚЛАШТИРИШ ЙЎСИНАЛАРИ Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Хамраев О.А	20
ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ГЕЛИОМЕТЕОПАТОГЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ УРОПАТОЛОГИИ Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Шодмонов М.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.	20

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ –ИНФЕКЦИЕЙ Абдусалимова Ш.А.	21
ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Абдусалимова Ш.А.	21
ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ Абдусалимова Ш.А.	22
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ВЫЯВЛЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Абдухамидова Д.Х.	23
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Аблакулова Муниса Хамракуловна	23
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Абызбаева А. С., Байкосова Г. К., Сенькина Е. В.	24
ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ФАРҶОНА ВОДИЙСИ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТИДА ЖЎҒРОФИЙ, ЭТНИК ВА ГЕНДЕРЛИК ҚИРРАЛАРИ Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.	25
МИОКАРД ИНФАРКТИ: ШОШИЛИНЧ ПРОФИЛАКТИКАСИ УЧУН ТАЯНЧ ЭПИДЕМИОЛОГИК НАТИЖАЛАР Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.	25
МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АБОРИГЕН ПОПУЛЯЦИЯДА АСТМАСИМОН ВА ИНСУЛЬТСИМОН ШАКЛИ: КЛИНИК-ПРОФИЛАКТИК ТАВСИФЛАНИШИДА ҚАНДАЙ ЯНГИЛИК БОР Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Усмонова Ф.Т., Мамасолиев З.Н.	26
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКИ СИЛИКОЗА У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНО-ДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ УЗБЕКИСТАНА Агзамова Г.С., Ибрагимова Н.У., Ташмухамедова М.К.	26
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – НЕОБХОДИМЫЙ ЭТАП ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Агранович Н.В., Анопоченко А.С.	27
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Агранович Н.В., Лихачева А.П., Классова А.Т., Анопоченко А.С., Соловьёва Е.Л.	28
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Козимжонова И.Ф.	28
ДЕПРЕССИВНЫЕ ИДЕИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонова И.Ф., Салиев М.М.	29
КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Сарбаева Н.К.	29
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Усманова М.Б.	30
ЧАСТОТА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ Аграновский М.Л., Муминов Р.К., М.М.Салиев., Азимова Г.А.	30
КЛИНИКО-КАТАМНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Азимова Г.А.	30
ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х., Муминов Р.К.	31
ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, АССОЦИИРОВАННОЕ С ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ, КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ) Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф., Муминов Р.К.	31
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Исламов Ш.Х.	32
СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонова И.Ф.	33
СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ	33

Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.	
СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖСОСУДИСТЫХ АНАСТОМОЗОВ (экспериментальное исследование) Алмабаева А.Ы., Фахрадиев И.Р., Алмабаев Ы.А., Танабаев Б.Д., Жанаалиева М.К., Надыров М.Т.	34
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Азимова Н.З., Зуфаров М.А., Очилов С.М.	34
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Аляви А.Л., Камилова У.К., Рахимова Д.А., Назирова М.Х.	35
АССОЦИАЦИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЦИТОКИНОВ С РАЗВИТИЕМ И ТЯЖЕСТЬЮ ХСН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Аляви А.Л., Алиахунова М.Ю., Туляганова Д.К., Юнусова Л.И., Назарова Г.А.,	35
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Нуритдинова С.К., Саидов Ш.	36
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.Х., Азимова Н.З., Зуфаров М.А., Очилов С.М.	37
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Аляви Б.А., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.Х., Азимова Н.З., Зуфаров М.А.	38
СТАЦИОНАР ШАРОИТДА СИЛ ЭТИОЛОГИЯЛИ ПЛЕВРА ЭКССУДАТИНИНГ ДИАГНОСТИК ИМКОНИЯТЛАРИ Анварова Е.В., Джурабаева М.Х., Бабамадова Х.У., Рахманов Ш.А., Сулганов С.А., Мухамедов К.С.	38
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ Арипова Ш.Ш., Камалов З.С.	39
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ВЗГЛЯД ВРАЧА-КАРДИОЛОГА Артикова С.Г.	40
ПРЕИМУЩЕСТВА КЛОПИДОГРЕЛА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Артикова С.Г.	40
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Артикова С.Г.	41
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА Артикова С.Г.	42
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ Атаханова Н.С., Юсупова М.Ш.	42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Атохонов Азизбек Абдусоломович.	43
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АНАСЕП» В КУПИРОВАНИИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА Атохонов А.А.	44
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Атохонов А.А.	45
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКОМИСТИНА Атохонов А.В.	46
ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНΙΑ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАРҚАЛИШИ Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю.	46
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНΙΑ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ТАРҚАЛИШИ Ахмадалиева У.К.	47

СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК БОСИМ ЎРТАЧА ДАРАЖАЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ Ахмадалиева У.К.	47
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ХАТАРЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ Ахмадалиева У.К., Джумабаева С.Э., Салиев А.К., Максумова Д.К.	48
ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЭССЕНЦИАЛЬНЫМИ ФОСФОЛИПИДАМИ Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Салиев А.К., Кадиров Д.А.	48
СИНДРОМ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ Ахмадалиева У.К., Кадиров Д.А., Усманова У.И., Валиева М.Ю.	49
НЕЙРОЛЕПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИЗОФРЕНИИ Ахматохунова М.К., Тургунов М.А.	49
НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ Ахматохунова М.К., Тургунов М.А.	50
ГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И ЭВОЛЮЦИЯ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Ахмедова Д.К.	51
ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЯ МЕТАБОЛИТОВ БАКТЕРИЙ РОДА PSEUDOMONAS Ахмедова Д.К.	51
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Ахмедова Х.Ю., Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.	52
ТРОМБОЦИТЫ И ЯДРОСОДЕРЖАЩИЕ КЛЕТКИ КРОВИ В РАЗВИТИИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ Ахмедова Х.Ю., Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.	53
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА , КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х.	54
РОЛЬ АНАПРИЛИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Кадиров Д.А.	54
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ТЕХНОЛОГИИ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ И ПУТИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ Бабаджанов А.С., Валиева Т.А., Муратова Н.Д.	55
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ Бадалбаева Н.М., Китьян С.А., Юсупова М.Ш.	56
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ Байматова Г.Н.	56
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАЧЕСТВА ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Султонов Г.И.	57
НАШ ОПЫТ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Бахрамов С.Т., Назарова Г.У., Хикматов А.А.,	58
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТГВ ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА Безлепкин Ю.А., Сонькин И.Н., Гусинский А.В., Фионик О.В., Мельник В.Ю., Рахматиллаев Т.Б., Крылов Д.В., Атабеков А.И., Уртемеев О.В.	58
ТАЙМЕРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРОБКА – В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ Бекташев И.Б., Эшонхшжаев О.О., Дилшодов А.Д., Абдуназаров Т.	58
БЫСТРАЯ ДИАГНОСТИКА НОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО КОРОНАВИРУСА Бобоев М.М., Мадумарова М.М.	59
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОФИЛИЙ Бобоев К.Т., Мусахайов У.Х., Шамсутдинова Д.Б., Мусахайова Ш.М.	60
УРО-НЕФРОЛОГИК СИМПТОМ ВА СИНДРОМЛАРНИ ХАВО-НИСБИЙ НАМЛИГИ ВА ҚУЁШ ЁҒДУСИ ТАЪСИРИДА ЎЗГАРИШЛАРИ(ПРОСПЕКТИВ КУЗАТУВ НАТИЖАЛАРИ) Бобоев Р.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Хамраев О.А	61
КВП ШАРОИТИДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРЛАРИ БЕМОРЛАРГА ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ РАЦИОНАЛ ҚЎЛЛАШИНИ СИФАТИНИ ОШИРИШ Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., М.М.Носиров, Я.Ф.Усманова	62
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ СВП Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Худойбердиев Ж.М.	62
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.	63

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ НА ПРАКТИКЕ ВОП Худайбердиев Ж.М., Юнусова З.В., Бойкузиева М.Б., Усмонова Я. Г.	63
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Бойкузиева М.Б.	64
ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА БАЧАДОН БЎЙНИ РАКИ ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ ЎРГАНИШ ВА ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ИШЛАРИ СИФАТИНИ ОШИРИШ Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усмонова Я.Г., Рахматова М.М.	64
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА И ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ Бойханова Н.Т.	65
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА Бойханова Н.Т.	66
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ Бойханова Н.Т.	66
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХГС Бойханова Н.Т.	67
К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ СТРЕСС – ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Болтабаев А.М., Абдуллаева К.А., Усмонова Д.Н., Узбекова Н.Р., Кабулжанова М.Ш.	68
ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Ботирова Н.Б., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Юсупов А.Г.	69
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОТУЛИЗМОМ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 2012-2019 ГОДЫ Гуйчиев Л.Н., Максудова З.С., Бурибаева Б.И.	69
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА Каландаров Д.М., Бустанов О.Я., Маджидова Ё.Н., Насирдинова Н.А.	70
НОВЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Каландаров Д.М., Бустанов Ш.Я.	71
АРТЕРИАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Каландаров Д.М., Бустанов Ш.Я.	72
АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ, ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Каландаров Д.М., Бустанов Ш.Я.	72
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АНАМНЕЗЕ (КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ) Валиева З.С.	73
ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ Валиева З.С.	74
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кадыров Д.А., Ганиева И.У.	75
ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Ганиева И.У.	75
АСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Ганиева И.У., Кадыров Д.А.	76
МОНИТОРИНГ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ганиева И.У.	76
ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ТЕСТУ «САН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.	77
ОБЩЕНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Валиева М.Ю., Ганиева И.У., Максумова Д.К., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х.	77

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кадыров Д.А., Ганиева И.У.	78
НОВЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.	78
ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Ганиева И.У.	79
ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.	79
РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА Валиева М.Ю.	80
АТЕХОЛАМИНЫ И ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ Вахабов Б.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Усманова Д.Н., Якубов А.А.	81
РОЛЬ СТАТИНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Мамажонов З.К.	81
К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Вахабов Б.М., Мамажонов З.К., Ойбекова Г.С., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.	82
ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Мамажонов З.К., Усманов Б.Б., Каримов И.К.	82
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН КЕЧКАНДА КОНДАГИ ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ЎЗАРОВОҒЛИҚЛИГИ Вахабов Б.М., Каримов И.К., Усманов Б.Б., Мамажонов З.К., Юсупова Н.А.	83
ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Шамсиддинова А.С., Охунжанов Э.Р.	83
НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАТЕХОЛАМИНОВ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ Вахабов Б.М., Якубов А.А., Рахматов Р.А., Усманова Д.Н., Юсупова Н.А.	84
ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИИ Вишневский В.А., Нишонов Ф.Н. Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш., Отакузиев А.З.	85
ВЕРИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ Вишневский В.А., Нишонов Ф.Н., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш.	86
ВОПРОСЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ВЫСОКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ Вишневский В.А., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш.	87
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С КОРМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Галиулин Т.И.	88
ПСИХОГЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ТОШНОТЫ И РВОТЫ Ганиева И. У., Абдукадилова Д., Парпиева Ю. Р.	88
ТАКТИКА ВРАЧА – ТЕРАПЕВТА ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ Ганиева И.У., Парпиева Ю.Р., Валиева М.Ю.	89
ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА Парпиева Ю.Р., Ганиева И.У., Валиева М.Ю.	89
МИДОКАЛМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА Ганиева И.У. Валиева М.Ю.	89
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС Гафуров М.Э., Рустамова И.К., Рахматуллаева Н.И.	90
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ К.Далимова, Н.А.Насирдинова, Абдуллаева М.И	90
ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА КОМПЛЕКСНЫМИ ИММОБИЛИЗОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ Далимова Ш.К.	91

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С КАРИЕСОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ Далимова Ш.К.	92
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ И ДОППЛЕРОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АНЕМИЙ Делкашева Ш.Д., Ахмедова Х.Ю., Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р.	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Делкашева Ш.Д., Ахмедова Х.Ю., Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р.	93
К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ АТОПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Джумабаева С.Э., Джумабаев Э.С., Валиева М.Ю., Насирдинов М.А., Абдувалиева Г.Т.	94
ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Джумабаева С.Э., Джумабаев Э.С., Валиева М.Ю., Насирдинов М.А., Абдувалиева Г.Т.	95
АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ГОРОДЕ САМАРКАНД Джураева З.А., Нарбаев А.Н., Насруллаева У.Ф.	96
СИНДРОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ Джураева З.А., Казимова З.Р., Курбонова Н.С., Муминов О.Б., Ризаев Ж.А., Негматова Г.Ш.	96
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАБЕРГОЛИНА И ДОСТИНЕКСА ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ Джураева З.А., Негматова Г.Ш., Курбонова Н.С., Муминов О.Б.	96
РАННИЕ КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Долимова М.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х.	97
ВЛИЯЕТ ЛИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА? Дорошкевич И.П., Мохорт Т.В., Казак И.С., Хоперский П.Г. ³	98
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Усманов С.С., Ашуралиева Н.Д.	99
РАННИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ГЕНОТИП 1b. Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Усманов С.С., Ашуралиева Н.Д.	99
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА И МОНТЕЛУКАСТА НАТРИЯ Жураев С.О.	100
СОСТОЯНИЕ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ГИДРОЛАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В Жураева М.А., Алейник В.А., Бабич С.М., Н.Д.Ашуралиева, М.А.Ашуралиева	100
СОВРЕМЕННЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА Жураева Н.И.	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА “DENTA- SEM” В СОЧЕТАНИИ С ГЛУБОКИМ ФТОРИРОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОМ “ DENTA-FLUO” ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА АТРАВМАТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ Жураева Н.И.	102
СОСТОЯНИЕ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ГИДРОЛАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В Жураева М.А., Алейник В.А., Бабич С.М., Н.Д.Ашуралиева, М.А.Ашуралиева	102
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИД ВА АЛЬДОСТЕРОННИНГ ЎРНИ Закирова Г.А., Камилова У.К., Расулова З.Д., Хакимова Р.А., Утемуратов Б.Б.	103
ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОМУ ДИАБЕТУ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ПСМП ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ОЖИРЕНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗЛИЧНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ Зияева И.Д., Бахрамов С.Т., Худайбердиев Ж.М. Назарова Г.У.	104
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА, АССОЦИИРУЮЩЕЙСЯ С НИМ ГИПОДИНАМИЕЙ И ПОВЫШЕНИЕМ АГ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР В СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №3 ГОРОДА АНДИЖАНА Зияева И.Д., Бахрамов С.Т., Мадумарова З.Ш., Назарова Г.У.	104
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Ибрагимов Д.Н., Абдурахманов М.Г., Юлдашев Р.Н.	105
ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСОТ УСУЛЛАРИ Ибрагимова Д.Т.	106

СУРУНКАЛИ ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАЛАРИНИНГ РЕЗЕКЦИЯДАН КЕЙИНГИ ҲОЛАТИ, ТЕМИР ПРЕПАРАТИНИНГ СЎРИШ ХУСУСИЯТИГА ТАЪСИРИ Иминов Б.М., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.	107
БАРИАТИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ Иминов Б.М., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.	107
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА Иргашева Д.Г.	108
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Иргашева Д.Г.	109
ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.	110
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.	110
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА Исаков К.К., Косимов И.У.	111
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ Исакова Г.З.	111
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Исакова Г.З.	112
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Исакова Д.З.	113
РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К., Аскарова К.И.	114
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Исломов И.И., Гадаев А.Г.	114
РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. Исломов И.И., Гадаев А.Г.	115
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ Исмоилов И. Х.	116
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Исмоилов И. Х.	117
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА Исмоилов И.Х.	117
АНГИНОЗЛИ ВА АБДОМИНАЛ ВАРИАНТЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИ: ХУДУДИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ НЕГИЗЛАРИ Исмоилов И.И., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У	118
АСОРАТЛАНГАН ВА НОАНЪАНАВИЙ МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЎЗГАЧА ТОМОНЛАРИ Исмоилов И.И., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.	118
КОЛЛАПТОЙДЛИ ВА АРИТМИК ХАМДА ЎНГ ҚОРИНЧАЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИНИ “ЭПИДЕМИОЛОГИК – КЛИНИК КЎЗГУЛАНИШ”ЛАРИ, МУХОФАЗАЛАНИШ УЎҚЛАРИ Исмоилов И.И., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.	119
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Кабиллов Ш.М., Кучкарова О.Б., Мадаминова М.Ш.	119
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНИЧЕСКИХ АТАК И СЛОЖНЫХ ФОКАЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ Кабиллов Ш.М., Кучкарова О.Б., Мадаминова М.Ш.	120
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ ВИЧА ХОБЛ (КЛИНИКО -ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.	121
РОЛЬ ЭТНИЧЕСКИХ И ГЕНДЕРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ В РАЗВИТИИ НАПРАВЛЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ СРЕДЫ ВИЧ - ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.	121
“ГЛАВНЫЕ” ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХОБЛ У ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ (НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ)	122

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.	
АКТУАЛЬНОСТЬ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI	122
Кадиров Б.Б., Ахмадалиева У.К.	
КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ХОБЛ СРЕДЫ ВИЧ - ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	123
Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.	
ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	123
Кадырбаева Ф.Р.	
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	124
Камилова У.К., Мусаева Р.Х.	
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	125
Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мизамов Ф.О., Мустафаев А.Л.	
ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	125
Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л., Джураева З.А., Кенжемуратова К.С.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕАНГИОМ ОБЛАСТИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ	126
Каримкулов Н.А., Садыков Р.Р.	
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ВПЕРВЫЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОБЛАСТОЗА	127
Каримов А.Х., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Муминов Р.К.	
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ КЕЧГАНДА ҚОНДАГИ ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ЎЗARO БОЎЛИҚЛИГИ	127
Каримов И., Вахабов Б.М., Усманов Б.Б., Рахматов Р.А.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛАСТОГРАФИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ	128
Каримов М.М., Улмасова Ш.Р., Собирова Г.Н.	
ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ	128
Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З., Нишанов Д.А., Каримова Д.К.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ	129
Касымов С.А., Рахматуллаева Н.И., Гафуров М.Э.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕМАНТИН В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА	129
Касымов С.А., Рустамов И.К., Исакова Г.С.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ НОШЕНИЯ МКЛ	130
Кахарова Д.М., Мамадиева М.С., Кахарова Д.К.	
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ	130
Кахарова Д.М., Мамадиева М.С., Кахарова Д.К.	
КВП ХУДУДИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРИНИ БАХОЛАШ ВА СИФАТИНИ ОШИРИШ	131
Носиров М.М., Назарова Г.У., Бойқўзиева М.Б., Худойбердиев Ж.М.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q	131
Китьян С.А.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МЕКСИДОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В СТАЦИОНАРЕ	132
Клычева Р.И., Насирдинова Н.А., Абрамян А.А.	
АЛГОРИТМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.	132
Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.	
АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	133
Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Валиева М.Ю.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	133
Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М., Латипова К.Ю., Усманов Б.Б.	
ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕТАУЧИХ АМИНОВ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	134
Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Юлдашева Г.Т.	
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	134

Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Усманова У.И.	
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ И ИХ ГЕНЕТИКА	135
Козимжонов И.Ф., М.Л.Аграновский., Салиев М.М., Р.К.Муминов.	
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЕЁ СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА	136
Парпиева Ю.Р., Ганиева И.У., Валиева М. Ю.	
МЕТОДИКА РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	136
Косимов И.У., Исаков К.К.	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ	137
Кулдашов А.Ш., Тошпулатова Ф.К., Юлдашов Ш.К.	
СТУДЕНТЫ МОЛОДЕЖНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИД	138
Кумар Г.Б., Нурмухамедова Ш.М., Жайлыбаев М.С., Даржанова К.Б.	
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У МУЖЧИН ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	139
Кутликова Г.М.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	140
Кутликова Г.М.	
БОЛАЛАРДА ЎТИРГИЧ НЕРВИНИНГ ИНЪЕКЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЮЗАГА КЕЛГАН ТУННЕЛ МОНОНЕЙРОПАТИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ	140
Кучкарова О.Б., Кобилов Ш.М., Абдукадиров У.Т. Касимова С.А	
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛИ ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ТУФИЛГАН БОЛАЛАРДА НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ЗАРАРЛАНИШ ХАВФ ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ	141
Кучкарова О.Б., Кобилов Ш.М., Абдукадирова Д.Т	
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА УЧЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР СИФАТИНИ ОШИРИШ	142
Усманова Я.Ф., Назарова Г.У., Рахматова М.М., Бокўзиева М.Б., Зияева И.Д.	
КВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАҚЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВКАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ	142
Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М.	
ЎСМИР ВА БАЛОҒАТ ЁШИДА БЎЛГАН АҲОЛИ ГУРУҲЛАРИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ “ЎЗИГА РОМ ҚИЛУВЧИ” КЛИНИК ТАФСИЛОТЛАРИ	143
Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С. Мамасолиев З.Н.	
АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ ЎСМИРЛАРДА ОРФОШАҚЛАРИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ЎЗГАРИШЛАРИ	143
Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С. Мамасолиев З.Н.	
СТРЕСС – ИНДУЦИРЛАНГАН ГИПОТОНИК ХОЛАТЛАРНИ ЎСМИРЛАРДА ТАРҚАЛИШИ ДАРАЖАЛАРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВ)	144
Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С. Мамасолиев З.Н.	
ОМЕЗ И НЕКСИУМВ СХЕМАХ ЭРАДИКАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ	144
Ляшев А.Ю.	
АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ	145
Ляшев А.Ю.	
ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ МЕЛАТОНИНОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	146
Ляшев А.Ю.	
КОРРЕКЦИЯ МЕЛАТОНИНОМ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	147
Ляшев А.Ю.	
ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СТРЕССА	148
Ляшев А.Ю., Сериков В.С.	
АНЕВРИЗМА СЕРДЦА КАК ОДНО ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА	148
Ляшев А.Ю.	
ПСИХИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	149
Мамажонova З.К.	
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПЕРТОНИИ	150
Мамажонova З.К.	
КЕКСА ВА ҚАРИЛАРДА СУРУНКАЛИ НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎЗГАРТИРИБ БЎЛАДИГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИ ТАРҚАЛИШИ	150
¹ Мамасолиев Н.С., ² Мавлонов Н.Х.	
ВОСТРЕБОВАННОСТЬ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАК НАУЧНАЯ ОСНОВА СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОЛОГИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	151
Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Исмоилов И.И.,	

Усмонова Ф.Т.	
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ (В ПРИМЕРЕ ИЗУЧЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА) Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.	151
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НЕИН-ФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Холикова Н.А., Мамасолиев З.Н.	152
ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Мадумарова З.Ш., Ходжибеков М.Х.	152
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГЕЛИОМЕТЕОТРОП-НЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С УЧЁТОМ ЧИСЛА ВОЛЬФА Маликов Т.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев З.Н.	153
ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ НЕОТЛОЖНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С УЧЕТОМ КОЛЕБАНИЙ МЕТЕОСИНОПТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ Маликов Т.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Мамасолиев З.Н.	153
УРОЛОГИК ВА НЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ МЕТЕОЭЛЕМЕНТЛАРНИ ХИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА КАМАЙТИРИШ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ Маликов Т.Н., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Мамасолиев З.Н., Абдурахмонов Б.М., Хамраев О.А.	154
ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАНИЯ ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ С ХОБЛ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ Мамасолиев Н.С., Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А.	154
АСОСИЙ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА МЕТЕОТРОПЛИ РЕАКЦИЯЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК, КЛИНИК ВА ХРОНОБИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ (КЕРАТОПАТИЯЛАР МИСОЛИДА) Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Утанов З.М.	155
КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ИҚЛИМИЙ – ЖЎҒРОФИЙ ОМИЛЛАР Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Утанов З.М.	155
МУГУЗ ПАРДА ЯРАСИНИ ХРОНОБИОЛОГИК ВА КЛИМАТОБИОРИТМОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Утанов З.М.	156
ХРОНОПРОФИЛАКТИКА, ХРОНОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОНАЗОРАТ УЧУН ИНФЕКЦИОН КЕРАТИТНИ ТУРЛИ МЕТЕОШАРОИТЛАРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА РИВОЖЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.	156
СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ, БУЙРАК САНЧИҒИ ВА НЕФРОКАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК КЕЧИШЛАРИ ТЕРМОРЕЖИМГА БОҒЛИҚМИ?: ИЛК НАТИЖАЛАР ВА КЕЛАЖАККА САБОҚЛАР Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Бобоев Р.А., Мамасолиев З.Н., Хамраев О.А.	156
УРОЛОГИК ВА НЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН МИЖОЗГА ЗАМОНАВИЙ ТАВСИФ: МЕТЕОКЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИК НИГОҲ Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А.	157
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭКОВОЗДЕЙСТВИЯ ПОВЫШЕННОЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА С ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ НА РАЗВИТИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.	157
ВЛИЯНИЕ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: В ФОКУСЕ РАЗРАБОТКА НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕТЕОГЕЛИОПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Абдурахмонов Б.М., Хамроев О.А., Маликов Т.А.	158
СОҚОВ" ВА "ХОС" ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА АЙРИМ АХОЛИДА ХУСУСИЯТЛАРИ (ИККИ ЙИЛЛИК КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТРЕНД САБОҚЛАРИ) Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Усмонов Б.У.	158
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Мамуржанов М., Межлумов О., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А.	159
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ У ДЕВОЧЕК Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	159
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА	160

Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	
АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ	160
Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ	161
Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	
РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ОБОЛОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ	161
Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	
РОЛЬ АУТОИММУННОГО ООФАРИТА ПАТОГЕНЕЗЕ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ	162
Махмудова К.Ш.	
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ	163
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.	
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	163
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ	164
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Абдувалиева Г.Т.	
ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	165
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Абдувалиева Г.Т.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ от 20-69 лет (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)	165
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	166
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.	
СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	166
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	167
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ	167
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	168
Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.	
МЕТОДЫ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	169
Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХОРЕЗМСКОЙ РЕГИОНЕ	169
Машарипова Шохиста Сабировна	
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА	170
Мирзаахмедова И.З.	
РОЛЬ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ МИЕЛОИДНЫХ НЕОПЛАЗИЙ	171
Мирзаахмедова И.З.	
ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: КЛИНИКО-ПАТОКИНЕТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ	172
Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Исламов Ш.Х., Муминов Р.К.	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АЛКОГОЛИЗМОМ	173
Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Исламов Ш.Х.	
ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	173
Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Муминов Р.К.	
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗМЕРОВ ЛИЦА У ДЕТЕЙ ОТ 7 ДО 17 ЛЕТ	174
Мирзакаримова Д.Б., Юлдашев Ё.М.	

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОДОЛЬНЫХ И ПОПЕРЕЧНЫХ РАЗМЕРОВ ГОЛОВЫ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ Мирзакаримова Д.Б.	174
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК Муйдинова Б.А.	175
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Муйдинова Б.А.	176
ЮКУМЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИДА АНТИГЕН БОГЛОВЧИ ЛИМФОЦИТЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ Мулладжанова К.А.	177
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ЙОДА Р.К. Муминов., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Салиев М.М.	177
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНОМАЛИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Далимова С.А., Аскарлова К.И.	178
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ НАСЛЕДОВАННОГО АУТИЗМА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО БРАКА Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Каримов А.Х.	178
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КУРЕНИЮ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Козимжонов И.Ф.	179
АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, МУЖЬЯ КОТОРЫХ ЗАВИСИМЫ ОТ ОПИАТОВ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Каримов А.Х.	180
КОРЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Худайкулова Г.К., Шукуров Б.В., Бабаджанова Ф.У., Муминова М.Т., Эргашев Б.М.	180
ТРОМБОФИЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Мусашайхов У.Х., Бобоев К.Т., Шамсутдинова Д.Б., Мусашайхова Ш.М.	181
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Хидиров М.С.	182
НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ Мухаммаджанова Д.М.	183
ВОЗМОЖНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ Мухаммаджанова Д.М.	184
ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ. МЕТОДЫ ПРАВИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ Наджимова З. Н., Ходжаева И.А.	184
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ Наджмитдинов О.Б., Усманова Д.Д.	184
ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ Наджмитдинов О.Б., Усманова Д.Д.	185
ЮРАК-ҚОН ТОМИР ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА ЭНДОТЕЛИЯНИНГ ЖАВОБ РЕАКЦИЯСИ Назаров Ф.Ю., Акбаров А. Т.	186
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ Назарова Г.Т.	186
БТСЁМ БЕМОРЛАРИДА ОСТЕОАРТРОЗ РИВОЖЛАНИШИДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУТГАН ЎРНИ Назарова Г.У.	187
ОСОБЕННОСТИ НАСИЩЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Зияева И.Д., Худойбердиев Ж.М., Рахматова И.Д., Усманова Я.Г.	187
РОЛЬ УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИКФЛОУМЕТРИИ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш., Бахрамов С.Т.	188
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., М.М.Носиров, Худойбердиев Ж.М.	188
ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Назарова Н.Ш., Мусаева Г.А., Рузимурадова З.Ш.	189

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПТИЦЕВОДЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Назарова Н.Ш., Мусаева Г.А., Назарова З.Ш.	189
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТАЮЩИХ В ТАБАКОВОДЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Назарова Н.Ш., Равшанов И.Р., Косимова Д.И.	190
АХОЛИ ЎРТАСИДА НАРКОМАНИЯНИ ОЛДИНИ ОЛИШ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ М.М.Рахматова, Г.У.Назарова, Я.Ф.Усманова, М.Носиров, Ж.М.Худойбердиев	191
АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОЙ УСТАНОВКИ МУЖЧИН В СЕМЬЕ Насиров М.М., Худойбердиев Ж.М., Бойкузиева М.Б.	191
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ Насиров М.М., Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.	192
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИТАГЛИПТИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Негматова Г.Ш., Содиков С.С., Норшодиева Р.У.	192
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ Негматова Г.Ш., Джураева З.А.	193
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Негматова Г.Ш., Содиков С.С.	193
ВОСПАЛЕНИЕ, СТЕАТОЗ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ И ФАКТОРЫ АТЕРОГЕНЕЗА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ. Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Ашуралиева М.А., Ахмедова Д.К.	194
ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Ахмедова Д.К., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д.	194
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Нишанбаев Р.Б., Жураева М.А., Усманов С.С., Ашуралиева Н.Д.	195
ОСОБЕННОСТИ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.	195
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Ниязова Я.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т.	197
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Ниязова Я.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т.	198
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАННЫЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В Нурдинов Ш.Б., Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Усманова Я.Г., Рахматова М.М.	198
СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА Нурдинов Ш.Б., Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У., Мадаминова Н.Э.	199
ГИПЕРТОНИК КРИЗНИ ЭНЦЕФАЛОПАТИК ШАКЛИ: ПРОФИЛАКТИКА СИНИНГ ХУДУДИЙ НЕГИЗЛАРИ Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р., Усманов Б.У.	199
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА ДОНОЗОЛОГИК ТАШХИСОТ – ГИПЕРТОНИК КРИЗ ПРОФИЛАКТИКА СИНИНГ ИККИ ҚУТБИ Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	200
УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И АЛКОГОЛЯ ПОДРОСТКАМИ СТУДЕНТАМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ). Нурматова И.А.	200
ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛ. (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА) Нурматова И.А.	202
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКАНИ ЎСМИРЛАРДА ЗАРАСИЗЛАНТИРИШНИНГ АЙРИМ ИЛИМИЙ АСОСЛАРИ Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	203
ПОСТПРАНДИАЛ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНΙΑ: ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА МИНТАҚАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОС ЖИҲАТЛАРИ Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	204
АРТЕРИАЛ ГИПОТОНΙΑНИ ЎСМИРЛАРДА ПРОФИЛАКТИКАСИ УЧУН СТРАТЕГИК АҲАМИЯТЛИ МАЪЛУМОТЛАР	204

Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЙОДОДЕФИЦИТЕ	205
Нурмухамедова М.А., Тулаганова З.Б.	
СОВРЕМЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	205
Ойбекова Г.С., Межлумов О.М., Вахабов Б.М., Усманов Б.Б., Таштемирова И.М.	
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	206
Ойбекова Г.С., Равзатов Ж., Вахабов Б.М., Кодирова Г.И., Мамажонova З.К.	
МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА	206
Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ МИКРОСКОПИИ МОКРОТЫ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ	207
Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Султонов Г.И. Батирова Б.Т., Махсумова Д.К., Худайбердиева М.Ж.	
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	208
Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М., Таштемирова И.М., Мамажонova З.К., Равзатов Ж.Б.	
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ПАРХЕЗ ОВҚАТЛАНИШИ БАҲОЛАШ	209
Отажонов И.О.	
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА	209
Охунжонova Х.Х.	
НОВЫЙ ВЗЛЯД НА ВЫБОР АНТИСЕПТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА В ОБЩЕПРИНЯТОЙ СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА	210
Охунжонova Х. Х.	
ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	210
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М.	
СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	201
Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А.	
ОСТОЯНИЕ ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	211
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л.М.	
ДИНАМИКА ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	211
Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А., Насритдинова Н.Б.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ И НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА	211
Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Насритдинова Н.Б.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВИЛЫПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ ГОНОРЕИ	212
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Алиев Л.М., Мухаммаджонova Л.А., Насритдинова Н.Б.	
МАЗЬ «ЭПЛАН» И ПРЕПАРАТ ОВЕСОЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА	212
Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А., Абдурахмонов А.А., Тошпулатов Б.Х.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ «ЧИСТОТЕЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЫКНОВЕННЫХ БОРОДАВОК	213
Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А., Насритдинова Н.Б., Тошпулатов Б.Х.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	213
Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Алиев Л.М., Абдурахманов А.А., Насритдинова Н.Б.	
ИЗМЕНЕНИЕ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ	214
Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Фозилов Ф.А.	
КОЛИЧЕСТВО КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ	214
Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Кучкаров А.А.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ	214
Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Насритдинова Н.Б.	
СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ	215

Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.	
СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ	215
Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А., Алиев Л.М., Наритдинова Н.Б.	
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, В ЦЕЛЯХ РАЗРАБОТКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ	215
Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.	
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	216
Примкулова Г.Н.	
КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ	217
Примкулова Г.Н.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭМАЛЬ И РЕСТАВРАЦИЮ	217
Расулова М.М.	
ИНДУКЦИЯ ХАМДА ИНГИБИЦИЯ ХОЛАТИДА ЖИГАР ФЕРМЕНТ ТИЗИМИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ	218
Расулова Моҳидил Турсуналиевна	
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ	218
Расулова М.М.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА	219
Рахимов Х.Х.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	220
Рахимов Х.Х.	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГА	221
Рахимов Дилмурод Адилжанович	
РОЛИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОГЛОБИНА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА	221
Рахимов Дилмурод Адилжанович	
РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	222
Рахматов Р.А., Вахабов Б.М., Ислombeков Д.А., Камолов Б.Б.	
БОЛАЛАРДА ГИЖЖА КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА АНИКЛАШ ВА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ БИЛАН ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ	222
Рахматова М.М., Назарова Г.У., Усманова Я.Ф., Зияева И.Д., Бахромов С.Т.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА	223
Бекташев И.Б., Юсупова Ш.К., Холматова Г.А., Дилшодов А.Д.	
ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯСИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА БУ КАСАЛЛИК БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ	224
М.М. Рахматова, Г.У. Назарова, Я.Ф. Усманова, М.Б. Бойкўзиева, И.Г. Зияева	
ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ	224
Рахматуллаева Н.И., С.А. Касимова	
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ	225
Рахматуллаева Н.И., Касимова С.А.	
ДИСЦИРКУЛЯТОР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИ ДАВОЛАШДА ФЕНОТРОПИЛ САМАРАДОРЛИГИ	226
Н.И. Рахматуллаева	
БОЛАЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА ҚИЗАМИҚНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	226
Тўйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Саматов А.Х.	
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПИРИДОКСИНОМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛИПИДАМИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	227
Рахматуллаева Н.И.	
АНАЛИЗ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО, ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	227
Рахмонова Ф. М.	
ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ	227
Рахмонова Ф. М.	
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БИФИЛАКС У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНВАЗИВНЫМИ ДИАРЕЯМИ	228
Рашидов Ф.А., Рихсиева Г.М.	

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю.	228
ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ И ОКСИДАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ. Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю.	229
ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ Рогов А.В., Абдуллаева В.К.	229
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ Рогов А.В., Абдуллаева В.К.	230
СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРАЛДАРДА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШИ ВА МАО ФАОЛЛИГИНИНГ ЎЗАРО БОЎЛИҚЛИГИ Рохибжанов А.Р., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Исаков А.А., Сотволдиев Ғ.И.	230
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА Рустамова И.К., Касымова С.А., Ш.К. Орипов Ш.К.	231
УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДСЕСТЕР ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Рустамова Х.Е., Нуралиева Н.Б.	232
ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ. Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.	232
ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ВИЧ – ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ: ПУТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.	233
ВИЧ ИНФЕКЦИЯ ЗА КАЧЕСТВЕ ОСОБОГО ТРЕБУЮЩЕГО СКРИНИНГОВОГО НАДЗОРА, ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.	234
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫХ ОТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Салохиддинов О., Ташматова Г.А.	234
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ Салохиддинов О., Ташматова Г.А.	234
АНАЛИЗ СМЕРТНЫХ СЛУЧАЕВ ОТ МЕСТА НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ, ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА И ДНЕЙ НЕДЕЛИ Салохиддинов О., Ташматова Г.А.	235
ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Салохиддинов О.	235
УЧАСТИЕ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ СЕЛА Салохиддинов О.	236
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАТАМНЕЗА) Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Козимжонova И.Ф.	236
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЕЙКОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Салиев Д.К., Салиев К.К., Кадилов Ж., Салиев А.К.	236
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО - ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАТАМНЕЗА) Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х., Козимжонova И.Ф.	238
КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Саматов Д.К.	238
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ Саматов У.А.	239
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ К ПОДГОТОВКЕ РЕБЁНКА НА ПРИЁМ ДЕТСКОГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА Саматов У.А.	239
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ В ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	240

Сапаева З.А., Жаббаров А.А., Кадинова Ш.А.	
РИСКА АЛКОГОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ Сарбаева Н.К., М.Л.Аграновский, Р.К.Муминов, Салиев М.М.	241
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Сарбаева Н.К., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Мирзаев А.А.	241
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕЛКА – ПРЕДШЕСТВЕННИКА ТРОМБА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Саттаров О., Туйчибаев М., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А.	242
НАРУШЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Ниязова Я.М.	242
НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА Сахаталиева Р.Р., Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т.	243
ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Ниязова Я.М.	244
КАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФАОЛИЯТИ ЎЗГАРИШИНИНГ МИГРЕН КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ Саъдинова Г.У., Саидвалиев Ф.С.	245
ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СЛЮННЫХ СВИЩЕЙ И СИАЛОЦЕЛЕ А. М. Сипкин, В. К. Мисиков, Н. И. Утиашвили	246
ПРОФИЛАКТИКА TORCH ИНФЕКЦИИ Собиров С.С., Авезов М.И.	246
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВРЕМЯ Содиқова Н.У., Ганиева И.У., Валиева М.Ю.	247
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ ДНК У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Солиев А.К., Линцов А.Е., Солиев Д.К., Ахмадалиева У.К.	248
РЕПАРАЦИЯ ДНК И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. Солиев А.К., Линцов А.Е., Салиев Д.К., Услонцев Б.М., Плескач Н.М., Михельсон В.М.	248
ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ МАВЖУД БЕМОРАЛДАР ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК- ТАҲЛИЛИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Мамадалиев М.М.	249
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИДАН АСОРАТЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРАЛДАР ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШИ Сотволдиев Г.И., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Дусмуратова Д.А., Юлдашева Г.Т., Мамажонов З.	249
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ Султонов Г.И., Худайбердиева М.Ж., Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К.	250
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Авезов А.А., Элмуратов Г.К.	250
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Ташматова Г.А.	251
СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Ташматова Г.А.	252
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА Ташпулатова Ф.К., Фаттахов Р.А.	253
ЮИК БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРАЛДАР КОРОНАР СТЕНТЛАШДАН КЕЙИНГИ ИММУН ТИЗИМ ҲОЛАТИ ВА ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ЖАРАЁНИНИ БАҲОЛАШ Таштемирова И.М., Хўжамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Содикжонов К.	253
АНДИЖОН ШАҲАР ВА ҚИШЛОҚЛАРИДА АЁЛЛАР ЎРТАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ТАРҚАЛИШИ Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Латипова К.Ю., Ахмаджанова Д.	254
ЮРАК ТОЖ ТОМИРЛАРИНИ СТЕНТЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕСТЕНОЗ РИВОЖЛАНГАН ЮИК БИЛАН БЕМОРАЛДАР ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИ ВА ЛИПИДЛАРИНИНГ ПЕРОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Усмонов Б.Б., Рохибжанов А.	254
СОСТОЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Мамажонов З., Рохибжанов А.Р.	255
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ Н Тожибоева Ё.Р.	256

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПАРОДОНТИТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА Тожибоева Ё.Р.	257
ВОЗБУДИТЕЛИ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Тошпулатов Бекмирза Холмирзаевич	257
ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Вахобов Б.М., Исаков А.А.	258
ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Туйчибаев М., Рахимова С.Р., Саттаров О.Х., Узбекиова Н.Р., Хужамбердиев М.А.	258
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ТАШХИСЛАНГАН КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШЛИ АЁЛЛАРДАГА ХОС ЭКГ БЕЛГИЛАР Тулабаева Г.М., Адизова Д. Р	259
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИГА ГЕРАНТОЛОГИК ЁНДАШУВ Тулабаева Г.М., Адизова Д. Р. Абдукодирова Н.	260
ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Тураев Б.Т.	261
НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Тураев Б.Т.	262
СОМАТИЗИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ Тураев Б.Т.	263
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Тургунов М.А., Ахматохунова М.К.	263
НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ Тургунов М.А., Ахматохунова М.К.	264
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ Турсуметов А.А., Сабирматов А.А., Исмоилов Ф.М.	264
АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ Турсунов Х.Х., Ражабова Г.Х.	265
РАСПРОСТРАНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БУХАРСКОГО ГОРОДА ОТ 25 ДО 44 ЛЕТ Турсунов Х.Х., Раджабова Г.Х., Ахмедова Г.И.	266
ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР УҒҚЛАРИНИКЕНГАЙТИРИШ: ИНФАРКТОЛОГИЯДА АРТЕРИАЛЬ БОСИМНИ МОНИТОРИНГИ Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	267
МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ДАВОЛАШ: ТЎҒРИ ТАНЛОВ ЎТҚАЗИШНИ ҚАНДАЙ ЙЎЛИ БОР? (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРУВ ЯКУНЛАРИ) Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	267
МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА VITAL, ESSENTIAL ВА NON – ESSENTIAL ПРЕПАРАТЛАР ҚЎЛЛАНИШИНИ ТАҲЛИЛИ ВА ХУДУДИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Курбонова Р.Р.	268
СОСТОЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Таштемирова И.М., Узбекиова Н.Р., Кодирова Г.И., Мамажонова З., Рохибжонов А.Р.	268
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Умарова М.М.	269
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Умарова М.М.	270
ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Авазов А.А.	271
ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Авазов А.А.	271
РОЛЬ АДЬЮВАНТНОГО ХИМИО-ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ Умурзакова Н.С.	272

СОВРЕМЕННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ОСТЕОСАРКОМЫ Умурзакова Н.С.	273
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ Урманова А.Ш.	273
НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ Урманова А.Ш.	274
СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Усманов Б.Б., Исломбаев Д., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А.	275
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ Усманова Э.М. Мирзакаримова Д.Б. Бекташев И.Б.	275
ПРОФИЛАКТИКА ДИАРЕИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ Усманова Я.Г., Назарова Г.У., Рахматова М.М.	276
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА АХОЛИНИ ОПВГА ҚАРШИ ЭМЛАШ БЎЙИЧА ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ Усманова Я.Г.	277
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА БАЧАДОН БЎЙИНИ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ Усманова Я.Г., Назарова Г.У., Рахматова М.М., Худойбердиев Ж.М.	277
АКТИВНОСТЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Абдуллаева К.А.	278
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Усманова Я.Г., Носиров М., Бахромов С.Т.	278
АКТИВНОСТЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Абдуллаева К.А.	279
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.	279
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.	280
ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ ТАҲДИДИНИНГ МАИШИЙ-ИЖТИМОЙ “ЎЗАК” ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ЙЎНАЛИШЛАРИ Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.	282
МИОКАРД ИНФАРКТИ АМАЛИЁТИДА “ЮТУҚЛАРДАН МАҒЛУБ БЎЛИШ ФЕНОМЕНИНИ” БАРТАРАФЛАШНИНГ “МИНТАҚАВИЙ – ИНДИВИДУАЛЬ – ПРОФИЛАКТИК” АСОСЛАРИ Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.	282
МИОКАРД ИНФАРКТИНИ Q – ЛИ ВА Q – СИЗ ТУРЛАРИ: ИЛГАРИ ХИСОБЛАНГАН ДАРАЖАДА КАМОБ ЭМАС ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ХУДУДИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА АМАЛИЁТЧИ КАРДИОЛОГ НИМАЛАРНИ БИЛИШИ КЕРАК? Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Мамасолиев З.Н.	283
ОШҚОЗОН – ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ВОДИЙ ШАРОИТИДА БИОИҚЛИМИЙ ЖИҲАТЛАРИ ВА МЕТЕОПРОФИЛАКТИКАСИ “СИРЛАРИ” Усмонова Ф.Т., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.	283
ЎСМИР ВА БАЛОҒАТ ЁШИНИ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИГА ТАЪСИРИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ТАҲЛИЛИ Усмонова Ф.Т., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Қурбонова Р.Р.	284
КЛИМАТОПРОФИЛАКТИКАНИНГ ШИФОКОРЛИК ИМКОНИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ (ФАРҒОНА ФОДИЙСИ МИСОЛИДА) Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х.	284
ПРЕВЕНТИВ ОФТАЛЬМОЛОГИК ФАОЛИЯТНИНГ ВОДИЙ ШАРОИТИДА ИСТИҚБОЛЛИ ЙЎНАЛИШЛАРИ ВА ИЛМИЙ АСОСЛАРИ Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х.	285
КОМОРБИД ФОННИ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА БАРВАҚТ АНИҚЛАШ ВА БАРТАРАФЛАШ ТАЖРИБАСИ Утанов З.М., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х.	285
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ Фаттахов Р.А., Ташпулатова Ф.К.	286
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПАТОЛОГИЯМ В ЭКСТРЕННО ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Рахманов Б.Б., Мадвалиев Б.Б.	286
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Отакузиев А.З.	287

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИССЕМНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ Хакимов А.А.	288
ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ Хакимов А.А.	289
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.	289
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.	290
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Худайбердиева М.Ж., Султонов Г.И.	290
КОРА АКАНТОЗ: ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР Хамидов Ф.Ш., Алиев Л.М., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Насриддинова Н., Фозиллов Ф., Тошпулатов Б., Абдурахманов А.А.	291
ГИПЕР И ГИПОБАРИЯ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРА РИСКА И ОБЪЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПАТОЛОГИИ Хамраев О.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.	292
АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ФЛЮКТУАЦИЯМИ ИОНОСФЕРЫ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПОЗИЦИЯ ГЕЛИОМЕТЕОПРОФИЛАКТИКИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ Хамраев О.А., Мамасолиев Н.С., Шадманов М.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.	292
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Хаятов Р.Б., Тураев Б.Т.	292
АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Ходжанова Ш.И.	293
ҚАЙТАРИЛУВЧИ ЦЕРЕБРАЛ ВАЗОКОНСТРИКТИВ СИНДРОМИНИНГ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОН ЎЗГАРИШЛАРИ Ходжиматов У.Ж., Абдукадиров У.Т., Д.Ю. Максудова, Мамасолиева Ш.У.,	294
ИШЕМИК ИНСУЛЬТАН КЕЙИНГИ ТУШКУНЛИК ҲОЛАТЛАРИНИ ЎРГАНИШ Ходжиматов У.Ж., Абдукадиров У.Т., Д.Ю. Максудова, Мамасолиев Ш.М.	295
ГИПОТЕРИОЗДА СУРУНКАЛИ БОШ МИЯ ИШЕМИЯСИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРИ У. Ж. Ходжиматов, У.Т. Абдукадиров, Д.Ю. Максудова, Ш. У. Мамасолиева	295
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ Ходжиматов У.Ж., Абдукадиров У.Т., Максудова Д.Ю., Мамасолиев Ш.М.	295
ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Ходжиматова Г.М., Ходжиматов Р.С.	296
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ О ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ Холбоев С.Б.	297
ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (В ПРИМЕРЕ РЕТРОАНАЛИЗА ПРОСПЕКТИВНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ) Холикова Н.А., Мамасалиев Н.С., Исмоилов И.И., Мамасолиев З.Н.	298
НАРКОМАНИЯ – РЕАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ В СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мамасолиев З.Н., Халикова Н.А., Курбонова Р.Р.	298
ПРИОРИТЕТЫ В ИНТЕГРАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ Холикова Н.А., Мамасалиев Н.С., Усмонова Ф.Т., Мамасолиев З.Н.	299
СИЛ БИЛАН БИРГА КЕЧГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИ ҚАЙД ЭТИЛГАН БЕМОЛЛАРДА ВИТАМИН D ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ МИҚДОРИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ Холматова Г.А., Халимова З.Ю.	299
СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ВИТАМИНА В12 И ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, АССОЦИИРОВАННЫМ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ Холматова Г.А., Халимова З.Ю., Юсупова Ш.К., Камолдинов Р.К., Мухамедова В.М.	300

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНЫЙ РЕФЛЮКС У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Худайбердиев Ж.М.	301
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Худайбердиева М.Ж., Орипов Ш.Ю., Хакимова Р.А., Султонов Г.И., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К.	302
ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ “КВАРТЕТИ”НИ ҚОП ШАРОИТИДА ТАШХИСЛАШ ВА ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ Худайбердиев Ж.М., Назарова Г.У.	302
СКРИНИНГ ТЕКШИРУВЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ Худайбердиев Ж.М.	303
СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК ЛОРНОКСИКАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА Худайбердиева М.Д.	304
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ Худайбердиева М.Д.	305
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ Худоярова Н.К.	305
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА Худоярова Н.К.	306
ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М.	307
ОИЛАВИЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ Хўжамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Вахобов Б.М., Кодирова Г.И., Дусмуратова Д.А.	307
МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИМПАТО-АДРЕНАЛ ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Рохибжонов А.	308
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА Хужамбердиев Б.С.	308
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА Хужамбердиев М.А., Вахобов Б.М., Таштемирова И.М., Юлдашева Г.Т.	310
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ Хусинова Ш.А.	310
ПРИМЕНЕНИЕ ФОНОФЕРЕЗА НОВОКАИНА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНИСИТА Шаматов И.Я.	311
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ Шамсиев Ф.М., Таджиканова Д.П., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Хайдарова М.М., Курбанова М.Р., Каримова Н.И.	312
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ И ПЕРВИЧНЫХ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Шамсиддинова А.С., Косимов И.С., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Юсупова Н.А.	312
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ДИАРЕЙНЫМ СИНДРОМЕ Шаджалилова М.С., Шарапова Г.М., Шомуродов Д.Ш.	313
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ И МЕТОД ИХ КОРРЕКЦИИ Шафигуллина З. А., Данилова И. Г.	313
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ Бобоев К.Т., Мусашайхова Ш.М., Шамсутдинова Д.Б., Мусашайхов У.Х.	314
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ВЗРОСЛЫХ Шербоева М.Х.	315
АНКЕТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД АНАЛИЗА ЗНАНИЙ О ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА И ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА Шербоева М.Х.	315
АҲОЛИНИНГ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ Шерқўзиева Г.Ф.	316
О СВЯЗАХ ГЕЛИОФИЗИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПОТОКА РАДИОИЗЛУЧЕНИЯ С УРОГЕЛИОМЕТЕОТРОПНЫМИ РЕАКЦИЯМИ Шодмонов М.А., Мамасалиев Н.С., Хамраев О.А., МаликовТ.А., Мамасолиев З.Н.	316
ИЗМЕНЕНИЕ ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ:О СПЕЦИФИКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕЛИОМЕТЕОПРОФИЛАК-ТИКИ Шодмонов М.А., Мамасалиев Н.С., Хамраев О.А., МаликовТ.А., Мамасолиев З.Н.	317

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ГЕЛИОМЕТЕОУСЛОВИЯ С ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПУТИ МЕТЕОПРОФИЛАКТИКИ Шодмонов М.А., Мамасалиев Н.С., Хамраев О.А., Маликов Т.А., Мамасолиев З.Н.	317
ФАКТОРЛИ АНАЛИЗ УСУЛИ ЁРДАМИДА ЎТКИР ДИАРЕЯ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЎРГАНИШ Шожалилова М.С., Косимов И.А., Осипова Е.М.	318
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ Шомансурова Ш.Ш., Шаджалилова М.С.	319
БОЛАЛАРДА ЭМЛАШ МУОЛАЖАЛАРИНИ ОЛИШ МУХИМЛИГИ СОХТА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР ҲАҚИДА ОНАЛАРНИНГ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ Рахматова М.М.	319
ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.	320
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПАТОГЕНЕЗ РАННЕГО ПЕРИОДА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.	321
ФИТОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОРТОДОНТА Эсонов Бахтиёржон Ювашбевич	322
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРГАЛСА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА Эшбадалов Х.Ю., Тешабоев М.Г., Мансурова Ф.Х., Халилова Б.Р.	322
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Эшонхужаев О.О., Косимов З.О., Умурзакова Н.С.	323
К ВОПРОСАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т., Латипова Н.К.	323
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т.	324
К ВОПРОСАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ Эшонхужаев О.О., Абдуназаров Т., Латипова Н.К.	324
ИНСОН АСАБ ТИЗИМИГА НИКОТИННИНГ САЛБИЙ ТАЪСИРЛАРИ Эшонхужаев О.О., Умурзакова Н.С., Косимов З.О.	325
ПАРЕНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ҲАМРОҲ КАСАЛЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ГЕМОМРАГИК СИНДРОМНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ Юлдашев Я.М., Каюмов А.	326
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Юлдашев Р.Н.	326
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Юлдашев Р.Н.	327
ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ОҒИР ТУРЛАРИДА АСОРАТ СИНДРОМЛАРИНИНГ КУЗАТИЛИШИ Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б., Толипов М.У.	328
КОРОНОВИРУС COVID-19 ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИДАГИ МУАММОЛАР Юлдашев Я.М., Соломонник О.Н.	329
КОРОНОВИРУС COVID-19 ТАРҚАЛИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА ҚўЛЛАНИЛАДИГАН ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДБИРЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.	329
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ Юлдашев Я. Ю., Соломонник О.Н.	330
ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ У ЖЕНЫЦИНАЛЬКОГОЛНЫМ НАПИТКОМ Юлдашева Г.Т.	330
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХОЭКТАЗАМИ ПРИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ Юлдашева Г.Т.	331
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭВОЛЮЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ТИРОЗИНКИНАЗ Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.	331
МОНИТОРИНГ И АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ Юлдашева Н.Э., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.	332

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ И СТРАХА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Юлдашова Н.Э.	333
ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ ДИСТОНΙΑ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИИ Юсупова Н.А.	333
РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ ДИЕТИЧЕСКИХ РАЦИОНОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Юсупова Н.А.	334
ПОДХОДЫ К ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Юнусова Н.Ш., Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Сафаров А.Ж.	335
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Юсупова Ш.К., Юсупов К.А., Мухамедова В.М., Мамадинова Л.Х.	336
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕНЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Юсупова Ш.К., Юсупов К.А., Мамадинова Л.Х., Холматова Г.А.	336
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.	337
НАРУШЕНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ СЕПСИСЕ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МИЕЛОТОКСИЧЕСКИМ АГРАНУЛОЦИТОЗОМ Якуббекова М.К., Юлдашева Н.Э., Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р.	338
ФАКТОРЫ, ВЛЯЮЩИЕ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	339
ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	339
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗВУР Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	340
EPIDEMIOLOGIE VON ARTERIALEN HYPERTONISCHEN RISIKOPRODUKTEN Akhmadalievа U., Makhsumova D., Valieva M.	341
FETAL RISK FROM CARDIOVASCULAR DISEASES IN 10 YEARS AMONG THE POPULATION OF FERGANA VALLEY Ataxanova N.S., Kityan S.A.	341
CHARACTERISTIC FEATURES OF DYSLIPIDEMIA AMONG THE POPULATION OF FERGANA VALLEY Ataxanova N.S., Maxsudov O.M.	342
CONDITIONS OF IMMUNE SYSTEMS IN CHRONIC NON-ALLERGIC PULMONARY DISEASES IN CHILDREN Amanov K., Amanova G.K., Maxpieva G.K.	342
THE CLINIC - NEUROLOGICAL CHARACTERISTICS OF STROKE IN ADULTS Baxramova N.A., Karimova M. Yu., Mirkhoshimov M. B., Kholova N. R.	343
STUDY OF EPIDEMIOLOGY EPILEPSY OF THE FERGANA VALLEY Dalimova K.M., Usupova M.Z., Yulchiyev E.U.	343
AGE AND ETIOLOGICAL FEATURES OF EPILEPSY Dalimova K.M., Usupova M.Z., Yulchiev E.U.	344
TIMER MEDICAL DRUGBOX IN THE PRACTICE OF DOCTORS Dilshodov A.D., Eshonkhudjayev O.O., Bektashev I.B., Abdunazarov T	345
HYPERTENSIVE KIDNEY DISEASE AFFECTS LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC FILLING IN PATIENTS WITH OBESITY Honchar O.V., Ashcheulova T.V., Ambrosova T.M., Kompaniets. K.M., Smyrnova V.I., Matyash N.M.	345
MICROALBUMINURIUM AS A SPECIAL PROGNOSTIC MARKER FOR THE HEART FAILURE Isakova D.Z.	346
IMPORTANCE OF ALDOSTERONE ANTAGONISTS IN PREVENTION OF HEART RHYTHM DISTURBANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN THE ELDERLY. Islomov I.I., Gadaev A.G.	346
RELATIONSHIP OF VENTILATION AND HEMODYNAMICS PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN COMBINATION WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE Kasimova N.J	347
DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF MICRO-CIRCULATORY DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE AND ISCHEMIC HEART DISEASE IN COMBINATION WITH GOUT Kasimova N.J	347
ATHEROSCLEROTIC VASCULAR DISEASE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND RHEUMATOID ARTHRITIS Kholikova D.S.	348

DYNAMICS OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF VESSELS IN WOMEN WITH SOME RISK FACTORS Kholikova D.S.	349
ANNUAL AND WEEKLY RHYTHMS OF GENERAL AND CARDIOVASCULAR MORTALITY Kholikova D.S.	349
SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI KASALLIGINING KLINIK BELGILARI YUZAGA KELISHIDA JINSIY TAFOVUTNING AHAMIYATI Kityan S.A., Habibullayev J.M.	350
PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES Kurganbayev B.U., Abdurakhmanova M.U.	351
TREATMENT METHODS OF CARDIOVASCULAR FAILURE Kurganbayev B.U., Abdurakhmanova M.U.	351
PAROSSYSMAL STATES IN ADOLESCENTS: PATHOGENESIS, CLINICAL COURSE, DIAGNOSIS AND TREATMENT Mamadinova L.Kh.	352
BEFORE CLINICAL DIAGNOSTICS OF CONVULSIVE CONDITIONS AT EARLY AGED CHILDREN Mamadinova L.Kh.	353
ASSOCIATIONS BETWEEN DIABETES DURATION AND ARTERIAL RIGIDITY PARAMETERS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND ARTERIAL HYPERTENSION Masharipova Sh. S., Mirsharapov U.M.	353
FIRST RESULTS OF A DESMOPRESSIN TEST IN PREDICTION OF RECCURENCE ACTH-DEPENDENT CUSHING SYNDROME UNDERGOING TSS Mirsaidova Umida Akmalovna, prof. Halimova Zamira Yusupovna	354
MECHANISMS FOR FORMING HEALTH DISORDERS IN EARLY CHILDREN WITH LIMITED HEALTH OPPORTUNITIES Maxsudova X.F.	354
HAVFSIZ ABORT ASORATLARI PROFILAKTIKASI Ochildiev A.A., Xudoyarova D.R., Kobilova Z.A., Shopulotov Sh.A.	355
VALUE OF THE RATING SCALE FOR PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE Oltiboeva G.M., Kadyrova Sh.A.	356
METHOD FOR DETERMINING EYE SURFACE DAMAGE IN CHEMICAL BURNING OF THE EYES Oralov B.A., Mirrahimova S.Sh., Bakhritdinova F.A., Matkarimov A.K.	356
FEATURES AND FORECASTING OF THE RESULTS OF GENERALIZED AND SECONDARY FOCAL FORMS OF YERSINIOSIS Oripova Zh.N.	357
INDICATORS OF BLOOD IN PATIENTS WITH HEAVY FORM OF ACUTE VIRAL HEPATITIS A Oripova Zh.N.	358
ASSESSMENT OF POST OPERATIVE WOUND HEALING IN DIABETIC PATIENTS AFTER EXTRACTION Rakhmatullayeva O.U., Sofiyeva N.B., Batirov B.A.	358
PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS BEFORE VISITING A DENTISTRY Raximov Dilmurod Adiljanovich	359
THE ROLE OF HEMOGLOBIN DISORDERS IN THE PROGRESSION OF CHRONIC PERIODONTITIS Raximov Dilmurod Adiljanovich	360
COGNITIVE DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC SECONDARY BRAIN ISCHEMIA Rustamova I.K., Abbosova I.A., Gafurov M.E.	360
MIGREN KASALLIGIDA RIZOPTAN DORISINING SAMARADORLIGI Rustamova I.K., Kasimova S.A., Foziljonov R.H.	361
THE RELATIONSHIP BETWEEN METABOLIC DISORDERS OF CATECHOLAMINES AND PRIMARY INFLAMMATORY MEDIATORS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME Shamsiddinova A.S., Kosimov I.S., Usmanova D.N.	361
ATHEROSCLEROSIS Shamsiddinova A.S., Abdulkhamidov.A.A	362
VEGETO-VASCULAR DISORDERS IN DEPRESSIVE PATIENTS Sodikova D.T.	363
ALARM-PHOBIC CONDITION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES Sodikova D.T.	363
DENTAL RISK FACTORS FOR THE RISK OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN PATIENTS VIRAL INFECTIONS Sorokina A.A., Salakhov A.K., Losev F.F., Bogomolov B.P., Kravchenko I.E.	364
CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN Feruzza Hoshimovna Sultonova	365
THERAPIES OF CHRONIC HEPATITIS C WITH VIOLATIONS OF LIPID METABOLISM Tukhtanazarov N.S.	365
STUDYING RESULTS OF HERPESVIRAL INFECTION IN CHILDREN Tukhtanazarov N.S.	366

CURRENT AND PREVENTION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBLITERATING BRONCHIOLITIS Umarova Mukaddas Abdukadirovna	366
CLINICAL MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PSORIASIS Umarkhodjaeva G.M., Kholova N.R., Mirkhoshimov M.B., Karimova.M.Yu.	367
EXPERT SURVEY OF SPECIALISTS FROM THE RELEVANT SERVICES IN RELATION TO THE PROBLEMS OF BRUCELOSIS Уразаева А.Б., Бекенов Ж.Е. Уразаева С.Т., Нурмухамедова Ш.М.	367
ASSESSMENT OF THE RESULTS OF RISK FACTORS FOR PERIODONTAL DISEASE AMONG RESIDENTS OF THE FERGANA VALLEY Usmonov B. A., Muidinova B.A.	368
THE EFFICACY OF THE DRUG ROLINOZ IN PRURIGO Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.	369
MOKSIKUM IN THE TREATMENT OF DEEP PIODERMIA Muhammadjonova L.A., Yokubova M. A.	369
THE USE OF THE DRUG ELFUNAT IN THE TREATMENT OF LICHEN PLANUS Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.	370
COMBINED THERAPY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH EPIDERMOPHYTOSIS OF THE FEET BY ESZOL Yokubova M. A., Muhammadjonova L.A.	370
ENDOTHELIUM DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH OBESITY AND A NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE OF THE LIVER Yunusova Z.V.	370
GENDER FEATURES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Yunusova Z.V.	371
AGE-GENDER AND CLINICAL-ANAMNESTIC FEATURES OF ATYPICAL CLINICAL FORMS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Yunusova Z.V.	372
II - Детские болезни	373
ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЗАИКЕНИЕМ Аббасова Д.С., Нурмухамедова Д.М.	373
ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКАСАНА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ Ч.М.Абдувалиева, Ш.М.Усманов, Ш.Ш.Исраилов, Ж.Г.Абдулазизов, О.З.Косимов, У.К.Хакимов	373
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ Абдувалиева Ч.М., Усманов Ш.А., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Косимов О.З.	374
ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Абдукахарова С.К., Гиясова Х.Б., Мамадиева М.С.	375
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ. Абдуллаев Р.Н., Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р., Собирова М.Р.	375
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СЕПСИСА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА Абдуллаев Р.Н., Косимов А.Л., Абдуллаева М.А., Икрамова Ф.Д.	376
КЛЕЕВОЕ СОЕДИНЕНИЕ РАН И ГЕМОСТАЗ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ. Абдуллаев Р.Н., Абдуллаева М.А., Киргизов Ш.М., Зияева Э.Р.	378
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE Abdullaeva Dilmurahon Ahmadullaevna	378
ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ОТДЕЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ Абдуллаева Д.А.	379
ДЕЙСТВИЕ ГРУНТОТЕРАПИИ И ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р., Собирова М.Р., Ашуралиева М.А.	379
КАСБИЙ ЙЎНАЛИШДАГИ ФАНЛАРНИ ЎҚИТИШДА АХБОРОТ КОММУНИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	380
MOODLE МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ АФЗАЛЛИКЛАРИ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	380
ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИДА ЎҚИТИШ ЖАРЁНИДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	380
ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДАГИ АХБОРОТ КОММУНИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ: МАСОФАВИЙ ЎҚИТИШДА ВЕБИНАРЛАР САМАРАДОРЛИГИ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	381

ТАЛАБАЛАРДА МУСТАКИЛ ФАОЛИЯТНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ПЕДАГОГ ВА ТАЪЛИМ ОЛУВЧИ ЎРТАСИДАГИ ЎЗГАРГАНЛИКЛАР Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	381
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	381
ВАРИАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	382
ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЯВЛЕНИЙ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	382
ОЛИГИАЛЬНЫЙ МУАССАСАЛАРИДА МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДАН ФОЙДАЛАНИШ АФЗАЛЛИКЛАРИ Абдуллаева М.Э., Хонкелдиева Х.К.	382
СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Абдуллаев Н.Ч.	383
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Абдулхакова Р.М.	383
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Абдулхакова Р.М.	384
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ Абдулхакова Р.М.	385
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ Абдуманнопова З., Юлдашева А.С.	386
ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ Абдуманнопова З.М., Негматшаева Х.Н.	386
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЮФАЛАК И ЭКСПОРТАЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ Абдурашидов А.А., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.	387
АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ Абдурашидов А.А., Ганиев А.Г., Мирзаева З.У.	387
СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Агранович О.В., Агранович А.О., Павлова Т.В., Феденко А.В., Меликов Ф.Н.	388
ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Адилова С.Р.	389
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А.	390
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ Адилова Г.Р., Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А.	390
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ Азизова Н. Д., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р.	391
ОСЛОЖНЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.	391
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОТЯЖЁННОСТИ ПОСЛЕОЖОГОВОГО РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ Акбаров Н.А., Юлдашев М.А., Акбарова Р.М.	392
ПИТАНИЕ - ОСНОВА БУДУЩЕГО ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ Акбарова Г.Х., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.	393
БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ Акбарова Г.Х.	393
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Касимов Д.С.	394
О ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Акбарова Г.Х., Касимов Д.С.	394
60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.	395
СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ Акбарова Г.Х., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.	395

ГИЖЖА КАСАЛЛИГИ ВА УЛАРНИНГ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.	396
EPIGENETIC MECHANISM OF AUTISM AND MENTAL RETARDATION IN CHILDREN Akbarova Rano Mirzarapovna	396
СИСТЕМА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИДСЦИДОЗОМ Акбарова Раъно Мирзарабовна	396
EPIGENETIC MECHANISM OF AUTISM AND MENTAL RETARDATION IN CHILDREN Akbarova R. M.	397
БОЛАЛАРДА ҚОРИНДА ОҒРИҚ СИНДРОМИ ПРОФИЛАКТИКАСИ Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т.	397
60 ЁШДАН КАТТА ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ ТАРҚАЛИШИ Акбарова Г.Х., Хашимова З.М.	399
БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С. Хашимова З.М., Халилов О.Н.	399
БОЛАЛАРДА ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОҚИБАТИДА ОШҚОЗОН ВА ҚИЗИЛЎНГАЧ ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М., Пиримов Ф.Ш., Косимов З.Н., Исроилов Ш.Ш	399
ЗАБОЛЕВАНИЕ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л.	400
ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО- ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СТАДИИ, ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ Алимова Г.М.	400
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ Алимова Г.М.	401
ПРЕИМУЩЕСТВО КОЛОНОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Аллаев М.Я, Абдувалиева Ч.М, Халилов Ш.К, Кадилов К.З., Абдужабборов А.А., Бакиров Г.З, Аллаев Б.М.	402
ФАКТОРЫ РИСКА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ Аманов Кабилжан ., Махпиева Гулдонахон Кабилжановна., Аманова Гулмира Кабилжановна	402
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Арзибеков А. Г.	403
СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ И БРОНХОПНЕВМОНИЯМИ Арзибеков А.Г.	403
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОЛА ПОДРОСТКОВ Арзибеков А.Г., Арзикулов А.Ш.	404
КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ Арзибекова У.А., Пазилжонова М.	405
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Арзибекова У.А., Пазилжонова М.	406
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА 15-17 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ. Арзикулов А.Ш., Арзибеков А.Г.	406
СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ «БИОФЕРРОН» ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х, Арзикулова Д.А.	407
ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЕЛОНЕФРИТОМ БЕРЕМЕННОСТИ Арзикулова Д.А	408
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИЕЙ Арипова Ш.Ш., Камалов З.С.	409
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Арипходжаева Ф.З., Холова.Н.Р.	410
MODERN ASPECTS OF LABOR INDUCTION FOR PREPARING THE CERVIX FOR CHILDBIRTH AT DIFFERENT STAGES OF PREGNANCY	411

Aslonova M.J., Hafizova D. B.	
RESULTS OF APPLICATION OF TECHNOLOGY OF MEDICINAL ABORTION IN THE SYMPTOM OF FETAL LOSS. Aslonova M.J., Dustova N.K.	411
ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Маматова М.Р.	412
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Маматова М.Р.	412
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М.	413
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Атаджанова Ш.Х.	413
ФАКТОРЫ РИСКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВЫБОР ТЕРАПИИ Атаджанова Ш.Х.	414
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИИУ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Атохонов Азизбек Абдусоломович.	415
INFLUENCE OF HARDENING ON ACUTE MORBIDITY OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE Akhmedjanova G.S., Arzibekov A.G.	416
ЗНАЧЕНИЕ ИММУНО-ЭНДОКРИННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ Ахмедов А.Т., Наврузова Ш. И.	416
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОФАЗНОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА У ЖЕНЩИН С СКЛЕРОПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКА Ахмедова Н.М., Асранкулова Д.Б.	417
ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО И КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ Ахмедова Н.М., Асранкулова Д.Б., Камилджанова Г.И.	417
УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Н-ФИСТУЛЫ У ДЕВОЧЕК Ахпаров Н.Н., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б.	418
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН Ашурова Г.З. Собитов И.З.	418
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ Ахпаров Н.Н., Хаиров К.Э., Калабаева М.М.	419
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Оразалинов А.Ж., Ойнарабаева Э.А.	420
УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ Ахпаров Н.Н., Калабаева М.М., Каукенбаева Г.Т.	420
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЕЙ Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Аширбай К.С., Ибрагимов У.И.	421
УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Н-ФИСТУЛЫ У ДЕВОЧЕК Ахпаров Н.Н., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б.	422
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ Ахпаров Н.Н., Хаиров К.Э., Калабаева М.М.	423
АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ Г.С. Бабаджанова, М.Д. Абдуразакова	423
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ Баритдинова Х.Х., Юлдашева О.С.	424
ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ Бахавадинова З.М.	425
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ Бахавадинова З.М.	425
ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, В КРОВИ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ БЕРЕМЕННОСТИ Бахриев Н.Р., Сабинова Д.Ш., Рустамова Г.Р.	426
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГЛАНДИН Е ДЛЯ ПОДГОТОВКИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ Бахритдинова Х., Юлдашева О. С.	427
БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ Бердиев. Э.А.	427

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ Бердиев. Э.А. Салимов. Ш.Т.	427
БРОНХ- ЎПКА ХАСТАЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ГИПОТЕРМИЯ ХОЛАТИ КУЗАТИЛИШИ Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш., Эргашева Н.С.	428
ОКСАЛАТЛИ НЕФРОПАТИЯЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш., Урумбаева З.О.	428
ЎТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА АНТИВИРУС ВА АНТИГИСТАМИН ПРЕПАРАТЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ Болтабоева М.М., Ганиева М.Ш., Туйчиев И.К.	429
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ Хамдамов Н.М., Ганиева М.Ш., Балтабаева М.М., Маджидова Н.М.	429
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ Валидова А.Ф., Хакимова Г.Д., Исакова Д.Б., В, Туланов Д.Ш., Мамарасулова С.Р.	430
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА ЭДЕМ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ АЛЛЕРГОЗЕ У ДЕТЕЙ Ганиев А.Г., Урумбаева З.О., Зайнабитдинова С.Н., Ботиров А.Р.	430
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА АЛЕРЗИН Ганиев А.Г., Урумбаева З.О., Темирова О.Н.	431
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПРОТОПИК» ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ Ганиев А.Г. Хайдарова Л.Р., Абдурашидов А.А.	432
СОВРЕМЕННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ Ганиев А.Г., Темирова О.Н., Назаров К.Д.	432
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЕРЗИНА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Ботиров А.Р.	433
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ IGE К ЭНТЕРОТОКСИНАМ S. AUREUS КОЖИ ДЕТЕЙ С ИНФИЦИРОВАННЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Ганиев А.Г., Урумбаева З.О., Темирова О.Н.	434
FREQUENCY OF DETECTION AND LEVEL OF SPECIFIC IGE TO ENTEROTOXINS OF S. AUROUS OF THE SKIN OF CHILDREN WITH INFECTED ATOPIC DERMATITIS Ganiev A. G.	435
ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ М.Ш.Ганиева, Г.Маматходжаева, З.О.Урумбаева, Ш.Х.Ходжамбердиева	436
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ- АССОЦИИРОВАННЫМИ НЕФРОПАТИЯМИ М.Ш.Ганиева, М.М.Болтабоева, З.О.Урумбаева, Низамутдинов А.	436
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-НЕФРОПАТИЕЙ Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Журабаева Х.М., Хайдарова Л.Р.	437
ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИТАМИ Ганиева М.Ш., Журабаева Х.М., Болтабоева М.М., Маматхужаева Г.А.	437
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ Ганиева М.Ш., Журабаева Х.М., Болтабоева М.М., Маматхужаева Г.А.	437
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ - НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ М.Ш.Ганиева, Н.М.Маджидова, М.М.Болтабоева	438
РОЛЬ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ДИНАМИКЕ ГЕМАТУРИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ М.Ш.Ганиева, М.М.Болтабоева, С.Н.Зайнабитдинова	439
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ Ганиева М.Ш., Хамдамов Н.М., Маджидова Н.М.	440
USE OF POLIOXIDONY BY PREMATURE CHILDREN WITH INNATE INFECTIONS Ganieva M.Sh., M.M.Boltaboyeva, Urumbayeva Z.O.	440
IMMUNOLOGICAL PARAMETERS OF BLOOD IN THE GASTROINTESTINAL FORM OF FOOD ALLERGY IN CHILDREN Ganieva Sh. Sh.	440
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ Гафуров А.А., Ибрагимов Ж.Х., Туракулов З.Ш., Абдурахмонов Ф.С.	441
СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОГО БАРЬЕРА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ Геллер С.И., Камилова А.Т.	441
ГЕМАТУРИЯ КАК СИМПТОМ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	442

Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.	
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б.	443
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА В РАЗВИТИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б.	444
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО САЛЬПИНГООФОРИТА Гозиева Ш.С., Гиясова Х.Б., Мамадалиева М.М.,	444
HEAVY PREECLAMPSIA: FEATURES OF ANGIOGENIC STATUS Gozieva Sh.S.,	445
CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN PREGNANCY: PECULIARITIES OF THE FLOW AND PERINATAL OUTCOMES Gozieva Sh.S.,	446
CLINICAL SYNDROME IN EARLY POSTMANOPAUE: SYSTEM METABOLIC CHANGES AND THEIR CORRECTION Gozieva Sh.S.,	446
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РОДОВОЙ АКТ Ихтиярова Г.А., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.	447
ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Туксонова Д.И., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.	448
БОЛАЛАРДА КЕЧАДИГАН ЎТКИР ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАРДА SACCCHAROMYCES BOULARDII ҚЎЛЛАНИЛИШИ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Т.О. Даминов, Г.К.Худайкулова, М.Т. Мўминова, С.Б. Ашурова	448
ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ Даминов Т.О., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Мавлонова З.Н.	449
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Юлчиев К.С., Юлдашев М.А.	450
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Юлчиев К.С., Юлдашев М.А., Хайдаров Н.С.	450
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А. Юлчиев К.С.,	451
ОПТИМАЗАЦИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ Джуманязов С.С., Юсупова М.А.	451
ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА Джураева М. А., Абдуллаева М.А., Зияева Э.Р.	452
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Джураева Х.З., Фармонкулова Ё.Р.	452
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА Джураева Х.З., Фармонкулова Ё.Р.	453
COMPARATIVE ANALYSIS OF VARIOUS CALENDARS OF PREVENTIVE VACCINES IN CHILDREN Zhuraev Sh.A., Israilova S.B., Uralov Sh.M	454
ОСОБАЯ РОЛЬ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ Захидова К.Ш., Зуфарова Ш.А., Муминова Н.Х.	455
ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ Захидова К.Ш., Рахимова Г.Н., Зуфарова Ш.А.	455
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Захирова Н.Н., М.Р. Маматова, Ибрагимов Р.А.	456
ФИТОЛЕЧЕНИЕ ПРИ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ Дергунова Г.Е., Салиев С., Мухаммадиев Ш.	456
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ Дергунова Г.Е., Рахимова Д.	457
ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕОНАТАЛ СЕПСИСДА ТИМУСНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ Ш.А. Зияев, Р.Исраилов	457
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИМУСА ПРИ СЕПСИСЕ У НЕДОНОШЕННЫХ Ш.А. Зияев Р.И. Исроилов	458
ОСЛОЖНЕНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	458

Ибрагимов Б.Ф.	
ВОЗМОЖНОСТИ ИСКЛЮЧЕНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ Ибрагимов Ж.Х., Бозоров Ш.Т., Туракулов З.Ш., Юлдашев М.А.	459
ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Ибрагимов Мухаммаджон Бахрамджанович	460
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Ибрагимов Мухаммаджон Бахрамджанович	460
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Ибрагимов М.Б.	461
СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ Ибрагимов Р.А.	462
СОПОСТАВЛЕНИЕ МЕТОДОВ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ Ибрагимова Н.С., Набиева Ф.С., Умарова С.С.	463
GEPATIT S XASTALIGIGA CHALINGAN HOMILADOR AYOLLARDA LABORATOR Tahlil Natijalari Ibragimova S.R., Shokirova S.M.	463
HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT S NING KLINIK NAMOYON BO'LISHI Ibragimova S.R., Shokirova S.M.	464
TRANSFER OF INFECTIONS FROM MOTHER TO A NEWBORN IN ACUTE VIRAL HEPATITIS Ibragimova S.R., Shokirova S.M.	464
РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ Ибрагимов М.Б.	465
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА Икромов П.Х., Тураев Б.Т.	466
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ Инакова Б.Б., Рабиева Б.Т., Фарманкулова Ё.Р., Джураева Х.З.	466
ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА Инакова Б.Б., Арзиекова У.А., Алимова Г.М., Патидинова Д.К.	467
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА Инакова Б.Б., Нуриддинова Г.Т., Джураева Х.З., Махмудова Б.Ш.	467
КРИПТОРХИЗМ ХАСТАЛИГИ АНИҚЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЖАРҲОҲЛИК МУОЛАЖАСИНИ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Исаков Н.З., Тўракулов З.Ш., Абдуманонов А.Р.	468
ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ- АССОЦИИРОВАННЫХ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Исламова З.К.	469
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВПЧ- АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ Исламова З.К.	469
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ШЕЙКИ МАТКИ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ Исламова З.К., Ходжаева Ф.Т., Маматова М.Р.	470
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Исламова З.К., Мамадиева М.С.	470
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ Исламова З.К., Мамадиева М.С.	471
ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Исламова З.К., Мамадиева М.С.	471
НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ Исламова З.К., Мамадиева М.С.	472
ОЦЕНКА ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА Исламова З.К., Мамадиева М.С.	472
ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРЫ РИСКА ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Исмаилов С.И. Юлдашев О.С.	473
ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ Исмаилов И. Х.	473
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN	474

Ismoilov I.Y., Ganieva M.Sh., Yefimenko O.V., Boltaboyeva M.M.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЮФАСТОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ Исмоилова Н., Юлдашева О. С.	475
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ Исмоилова Н.К., Комилова М.О., Юлдашева О.С.	475
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ Магзумова Н.М., Исмоилова Д.У., Мусаходжаева Д.А.	476
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ. Ихтиярова Г.А., Курбанова З.Ш., Розикова Д.К.	476
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РОДОВОЙ АКТ Ихтиярова Г.А., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.	477
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ Кадиров К.З.	477
АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ В АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Кодиров Хусан Солиевич	478
РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЭТИОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ Кадырбаева Ф.Р.	479
СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Каипбекова Г.К.	479
ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 9-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА СО СКОЛИОЗОМ Ш.М.Камалова	480
БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ, БОШ ВА ЮЗ – ЖАҒ СОҶА ГЕМАНГИОМАЛАРИ. М.А.Каримов, Р.Р.Садиков, Қ.О.Жўрабоев.	481
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЦИКЛОВИРА В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА ГУБ У ДЕТЕЙ Каримов С.М.	481
ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ Каримова А.А.	482
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ Каримова А.А.	483
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEEL BONE FRACTURES IN CHILDREN Karimova Z.K., Ganiyeva M.Sh., Jumaeva Z.E., Kurambayev Y.B.	483
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Тураева Н.О.	484
ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х., Халилов О.Н.	484
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х.	485
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Касимова Г.З.	485
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ТРАНЗИТОРНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ-ИШЕМИЮ Касимова Г.З.	486
ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш., Улмасова С.И.	487
ACUTE VIRAL GASTROENTERITIS IN CHILDREN Kadirov Xusanboy Solievich	487
CLINICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS OF MIXED ETIOLOGY IN CHILDREN Nargiza Karimova Ravshanbekovna	488
CLINICAL FEATURES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN OF EARLY AGE Nargiza Karimova Ravshanbekovna	488
COMPLEX TREATMENT OF COMPUTER VISUAL SYNDROME IN SCHOOLCHILDREN Kakharova D.M., Mamadiyeva M.S., Kakharova D.Q	489

МАКТАВ O'QUVCHILARIDA KOMPYUTER VIZUAL SINDROMINI KOMPLEKS DAVOLASH Kaharova D.M, Mamadiyeva M.S, Kaharova D.Q	489
ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ Ким О.В., Матлубов М.М.	490
ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ Кадиров К.З.	491
ДОРОДОВАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ Комилова М., Юлдашева О. С.	491
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ Камилова М.О., Юлдашева О.С.	492
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ Коржавов Ш.О., Султанбаев Ш.А.	492
УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КОЖИ У КРЫС ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Коржавов Ш.О., Тошмаматов Б.Н., Мухаммадов Н.А.	493
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Кохоров М.К.	494
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ Кузиева Г.А., Сатимова Ш.М., Усманова Г.А.	494
ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН Кузиева Г.А.	495
HEAVY PREECLAMPATION AND ITS PECULIARITIES OF ANGIOGENIC STATUS Kuzieva G.A.	495
THE ROLE OF PREVENTION IN HUMAN HEALTH Kuziyev O. A.	496
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДИК CARS И M-CHAT-R Ё.Н.Маджидова, Д.М.Нурмухамедова.	497
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНГИБИТОРОМ Макеева Н.И., Одинов Ю.В., Саратов В.Н., Казанов В.Я., Губарь С.О., Маренич Л.П., Болдырева Е.С.	497
ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ Макеева Н.И., Одинов Ю.В., Поддубная И.Н., Афанасьева О.А., Белоусова Л.С., Койда М.Л.	498
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ БУДУЩИХ ПЕРВОКЛАССНИКОВ Макеева Н.И., Сергиенко Е.В., Чайка К.А., Чумак Т.А., Должко Н.В., Осьмачко И.Е., Бойко О.Н.	499
БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Мамаджанова Ш.К.	499
МЕНСТРУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В СТРУКТУРЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК Мамаджанова Ш.К.	500
ОСТРЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ Мамаджанова Ш.К.	501
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Мамаджанова Ш.К.	501
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЛИТЕЛЬНЫМ БЕЗВОДНЫМ ПЕРИОДОМ ПРИ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 22-37 НЕДЕЛИ Мамаджанова Ш.К.	502
ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ВИЧ ПОЗИТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Мамадиева М.С., Гиясова Х.Б., Абдурахманова С.К.	502
ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕННОГО СТАТУСА Мамадиева М.С., Исламова З.К.	503
ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА Мамадиева М.С., Исламова З.К.	504
ФАКТОРЫ РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ДИЕТОТЕРАПИИ Мамадиева М.С., Исламова З.К.	504
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Мамадиева М.С., Исламова З.К.	505
ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Мамадиева М.С., Исламова З.К.	505
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА Мамажанов У.Ш., Абдурахманов Ф.С., Кодиров М.Ш., Зайнобиддинова С.Ш., Джураева Д.М.	506

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА РЕГУЛОН ПОСЛЕ АБОРТА Мамажонova М., Мамажонova С.О.	506
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РЕЗУС КОНФЛИКТОМ Мамажонova М. Мамажонova С.О.	507
БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Мамажонova С.О.	508
ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Мамажонova С.О.	508
РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН В ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.	509
РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.	509
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ У ДЕВОЧЕК Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	510
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	510
АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	511
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	511
РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ОБОЛОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	512
РОЛЬ АУТОИММУННОГО ООФАРИТА ПАТОГЕНЕЗЕ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ Махмудова К.Ш.	512
ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ОЖИРЕНИЕМ Махпиева Г.К., Азизова, Шамсиев Ф.М.	513
ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ Махсудова Хакимахон Файзуллаевна	514
КОРРЕКЦИОННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Махсудова Х.Ф.	514
ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Махсудова Х.Ф.	515
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ БИОГЕХИМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ Машарипова Р.Т.	515
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ Машарипова Р.Т.	516
ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ Машарипова Р.Т.	517
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА Машарипова Шохиста Сабировна	517
МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ Мирзаабдуллахожиева О.У.	518
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ Мирзаабдуллахожиева О.У.	519
КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИННГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА УНИНГ АХОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИГА ҚАРШИ ҲАРАКАТЛАРИ ТЎҒРИСИДА. Мирзаева З.У., Ганиева М.Ш., Хонкелдива Х.Қ.	520
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Юлдашев М.А., Юлчиев К.С.	520
ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Гафуров А.А., Кадиров К.З.	521
ВЛИЯНИЕ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА НА ГЕМОДИНАМИКУ В СИСТЕМЕ МАТЬ- ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ Муминова Н.Х., Каримова Г.К.	521

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ Муминова Н.Х.	522
ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ У ДЕТЕЙ - ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ Мухтермова В.Н., Медведева Н.В.	522
БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К.,	524
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ И ПУТИ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ Наджмитдинова Д.А.	524
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛЕГКИХ В ОРИТ Назаров К.Д., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.	524
ОБМЕН ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНЫМ ГЕМОГЛОБИНЫМ ЗДОРОВЬЕМ В УСЛОВИЯХ ХАРАКТЕРНОЙ БИОГЕО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ЮЖНОО ПРИАРАЛЬЯ Назаров К.Д.	525
ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА СОСУДОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА Назирова З.М.	525
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Назирова З.М.	526
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ Назирова З.М.	527
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦВЕТНЫМ ДОПЛЕРОВСКИМ КАРТИРОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ Назирова З.М.	527
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ Назирова З.М.	528
ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ЦИТОТОКСИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОМ И ИХ РЕЦИДИВОВ Назирова З.М.	528
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ Назирова З.М.	529
СИСТЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Назирова З.М.	530
БОЛАЛАР БИЛАК СУЯГИНИНГ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ СИНШИЛАРИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ Нарзикулов У.К., Жўракулов Х. А.	530
ПРИМЕНЕНИЕ АТЕНОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Насирдинова М.О., Юлдашева О.С.	531
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ОСНОВЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ Насирдинова М.О., Юлдашева О.С.	532
РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ НА СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ Нигматова Г.М., Дильмуратова В.	532
METHODS FOR RESEARCH OF INFLAMMATORY DISEASES OF POST-ABORTION ENDOMETRITIS IN WOMEN WITH PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE FUNCTION Nigmatshaeva A.R.	533
MODERN METHODS FOR DIAGNOSTIC AND FORECASTING REPRODUCTIVE FUNCTION DISORDERS IN WOMEN AFTER POST-ABORTION ENDOMETRITIS Nigmatshaeva A.R.	533
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ А.Низамутдинов, М.Ш.Ганиева	534
КЛИНИКО-ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Нишанова Д.В.	535
КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЗАЦИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ Нишанова Д.В.	535
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ Норалиев И.	536

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО И ТИРЕОДНОГО СТАТУСОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Норалиев Исмоилжон Абдуллаевич	537
СВЯЗЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ Носирова Ф.Ж., Мамажанова Ш.К., Абдуллаева М.А.	537
ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ПЕРИОДА Носирова Ф.Ж., Абдуллаева М.А., Мамажанова Ш.К.	538
ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, АССОЦИИРУЕМЫЙ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА. Х. М. Нуъмонов, Д.Н. Холматов, О.В. Ефименко	538
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИЗМОРФИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКАХ ТЕЛА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ Х. М. Нуъмонов, Д.Н. Холматов, О.В. Ефименко, М.Ш.Ганиева	539
ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ. Х.М. Нуъмонов, Д.Н. Холматов, О.В. Ефименко, М.Ш.Ганиева	539
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Нурутдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш., Солиева М.О., Арзобекова У.А.	540
ИЗУЧЕНИЕ АНТИТЕЛООБРАЗУЮЩИХ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ Нурутдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Махмудова Б.Ш., Пазилжанова М.П.	541
ПЕДИАТРИЯ ФАНИИ ЎТКАЗИШДА АМАЛИЙ ЎЙИН УСЛУБИДАН ФОЙДАЛАНИШ Нурутдинова Г.Т., Ш.К. Хакимов, Инаковой Б.Б., Махмудова Б.Ш.	541
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НЕОНАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТАМ Нурматова Н.С., Холова Н.Р.	543
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ Оллабергенов О.Т., Углонов И.М.	543
ASSESSMENT OF THE REHABILITATION OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITALS. Oripova F.Sh., Abdieva N.	544
HAVFSIZ ABORT ASORATLARI PROFILAKTIKASI Ochildiev A.A, Xudoyarova D.R., Kobilova Z.A., Shopulotov Sh.A.	545
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА Пазилжонова М., Арзобекова У.А.	546
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Пазилжонова М., Арзобекова У.А.	547
КРИТЕРИИ ОБОСНОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ Рабиева Б.Т.	547
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЦЕЛИАКИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ГЛЮТЕНА Рабиева Б.Т.	548
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С Рахманова Д.Р., Юлдашева О.С.	549
ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ. Рахманова Д.С.	549
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БИФИЛАКС У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНВАЗИВНЫМИ ДИАРЕЯМИ Рашидов Ф.А., Рихсиева Г.М.	550
ПРОТЕЙННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Рашидов Ф.А., Ахмеров И.Э.	551
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ Рихсиева Г.М., Таджиев Б.М., Рашидов Ф.А.	551
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ Розикова Д.К., Г. А.Ихтиярова, Н.С.Нарзуллоева	552
КЛИНИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА, ВЫЗВАННОГО С.ALVICANS, У БЕРЕМЕННЫХ Сабилова М., Юлдашева О.С.	552
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛОДА Сабилова М.О., Юлдашева О.С.	553
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ Садикова И.Я.	553

ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Садикова И.Я.	554
БОЛАЛАР ОРАСИДА АНЕМИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИДАГИ ТИББІЙ – ИЖТИМОЙ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ИЛМІЙ ИЗЛАНИШЛАР ТАХЛИЛИ. (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ) З.Ш.Салаева	55
БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ З.Ш. Салаева	555
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ГОРОДСКИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЖДА З.Ш.Салаева	556
ВИДЕОЛАПАРАСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ. Ш.Т.Салимов, Э.А.Бердиев.	557
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ Санакулов А.Б.	557
БОЛАЛАРНИ СЕМИЗЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ Санакулов А.Б.	558
БЕРЕМЕННОСТЬ И ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Сатимова Ш.М., Усманова Г.А., Кузиева Г.А.	559
НЕОТЛОЖНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Сатимова Ш.М.	559
ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ И АНЕМИЕЙ Сатимова Ш.М.	560
ОЦЕНКА ТРАВМАТИЧНОСТИ ОПЕРАЦИЙ (ЛАПАРОТОМИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ) ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ Сатимова Ш.М.	560
ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РИТМ СЕРДЦА РЕБЕНКА Сахибова М.Д.	561
РАЦИОН ПИТАНИЯ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОВА И МЕТАБОЛИЗМ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ Сахибова М.Д.	561
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ Солиева М.О.	562
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ Солиева М.О.	563
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ЮРА) М.Ш.Сотволдиева, М.Ш.Ганиева, О.В.Ефименко	564
АНАЛИЗ ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА) У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ М.Ш.Сотволдиева, М.Ш.Ганиева, У.М.Тешабоев	565
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ Султанов З.Ф., Мусаходжаева Д.А., Файзуллаева Н.Я.	565
ACUTE INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CHILDREN Sultonova F. H.	566
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Хайдарова М.М., Мирсалихова Н.Х.	567
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРОПОЗИТИВНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б	567
КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ АРАЛАШ ОВҚАТЛАНТИРИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ МУАММОЛАРИ Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.	568
СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА УХОДА ЗА КОЖЕЙ ДЕТЕЙ КАК ОСНОВА БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ Темирова О.Н., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Ботиров А.Р.	569
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Юлдашев М.А.	569
БОЛАЛАРДА ГИРШПУНГ КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ Теребаев Б.А., Оллабергенов О.Т., Атамуратов А.К.	570

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ Теребаев Б.А., Оллабергенев О.Т.	571
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ С ПОЗДНЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ У.М.Тешабоев, О.В.Ефименко, М.Ш.Ганиева	572
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ФИКСАЦИИ И УДЛИНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б.	573
PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH PRETERM DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID I.I. Tosheva, A.X.Djunaidova	574
ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДАГИ БАКТЕРИАЛ ДИАРЕЯЛАР КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Гиясова Г.М., Муминова М.Т., Кузнецова В.В.	575
МЕЪДА-ИЧАК ТИЗИМИ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА УЧРАШ ДАРАЖАСИ Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Садуллаев С.Э	575
БОЛАЛАРДА РОТАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ БАҲОЛАШ Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Эралиев У.Э., Муминова М.Т., Хакимов Ж., Мамедярова Д.	576
ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Туксонова Д.И., Холова Н.Р., Халикова Н.Р.	576
РОЛЬ ВИТАМИНА D В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ Тураева Н.О.	577
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ Турдибаева Р.А.	577
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ Турдибаева Р.А.	578
ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ И ЧАСТЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА CFTR В УЗБЕКИСТАНЕ Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Зуфарова Н.И.	579
ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ Умаркулов М.А., Ганиева М.Ш.	579
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Умарова Мукалдас Абдукадировна	580
АНДИЖОН ШАХРИДАГИ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА “КАРИЕС” КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ. Умарова О.Н	580
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАРБЕТОЦИНА Уринбаева Н.А., Махкамова Ш.Х., Бабаджанова Г.С.	581
ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ Усмонова Г.А.	582
ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Усмонова Г.А.	582
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ Усмонова Г.А.	583
ПРОБЛЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ Усмонова Г.А.	583
МЕХАНИЗМЫ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Фармонкулова Ё.Р., Джураева Х.З.	584
МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И ВЗАИМОСВЯЗЬ ЕГО ДИСБАЛАНСА С РАЗВИТИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ Фармонкулова Ё.Р., Джураева Х.З.	585
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ Хайдарова Г.А., Негматшаева Х.Н.	586
ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ Хайдарова Г.А., Комилова М.О., Юлдашева О.С.	587
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ Хайдарова Г.А., Негматшаева Х.Н.	587
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Хайдарова Л.Р., Ганиев А.Г., Урумбаева З.О.	588

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕМЛАДЕНЧЕСКОЙ ФОРМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА Хайдарова Л.Р., Ганиев А.Г., Абдурашидов А.А.	588
ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ И НУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Пазилжанова М.П., Фарманкулова Ё.Р.	589
ГИПОГАЛАКТИЯНИ РИВОЖЛАНИШИДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИК КАМҚОНЛИКНИНГ (ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯ) САЛМОҚЛИ ЎРНИ Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Рабиева Б.Т.	590
ИЗУЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ. Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Алимова Г.М.	591
BIRLAMCHI TIBBIY YORDAM MUASSASALARIDA GELMINTOZ VA PARAZITAR KASALLIKLARINING BOLALAR O'RTASIDA TARQALISHI VA DAVOLASH TAKTIKASINI BAHOLASH Xakimova L.R., Lapasov S.X.	592
ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. Хакимова У.Р., Нурмухамедова Д.М.	592
КОФФЕРАТ СИНДРОМИНИ ДОРИЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ УСУЛИ Халилов О.Н., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.	593
METHODS FOR RESEARCH OF DEVELOPMENT OF OVERBODY OF BODY AND OBESITY IN CHILDREN Hafizova Zemfira Barievna	593
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ Халилов О.Н., Хашимова З.М., Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.	594
ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ФОНИДА РЕЦИДИВЛАНУВЧИ ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ Халилов С.М., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Мажидова Н.М.	594
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ВАРИАНТОВ Н.Н.Хамдамов, М.Ш.Ганиева, М.М.Болтабоева, Н.М.Маджидова	594
ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ IgA НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Ахматалиева М.	595
РЕЗУЛЬТАТЫ БИОПСИИ ПОЧКИ ПОЧКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ МОЧЕВОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Шоикромов Ш.Ш.	595
BRONXIAL ASTMAGA CHALINGAN BOLALARDA TIREOID STATUSNI TEKSHIRISH USULI Xonkeldiyeva X.K.	596
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВА Ханкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т., Тожибоева Д.	596
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Ханкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т., Тожибоева Д.	597
VEGETATIV VA TIREOID STATUS BUZILISHLARI BILAN BRONXIAL ASTMA QAYD ETILGAN BOLALARDA ENDOGEN INTOKSIKATSIYA SINDROMI Xonkeldiyeva X.K.	598
VEGETATIV VA TIREOID STATUS BUZILISHLARI BILAN BRONXIAL ASTMA QAYD ETILGAN BOLALARDA ERITROTSITLAR MEMBRANASIDA PRO- VA ANTIOKSIDANT TIZIMI FAOLLIGI Xonkeldiyeva X.K.	598
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Ханкелдиева Х.К., Тожибоев Т.Т., Тожибоева Д.	599
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE EFFECTIVENESS OF PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES. Khafizova D.B., Dustova N.K.	599
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ Хафизова Земфира Бариевна	600
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.	600
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ Хашимова З.М., Халилов О.Н., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.	601
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х., Касимов Д.С., Худойбердиева Х.Т.	601
РОЛЬ ПРИРОДНЫХ АНТИГЕНОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ Хикматова Н.И., Пахомова Ж.Е.	602

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ Ходжаева З.К.	602
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННОСТИ Ходжаева Ф.Т., Исламова З.К., Мамадова М.Р.	603
БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИАНИ ДАВОЛАШ Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Халилов О.Н., Хашимова З.М., акбарова Г.Х.	604
К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н., Акбарова Г.Х.	604
ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Хусанова Х.А., Адилова Г.Р., Эргашбаева Д.А.	605
ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Хусанова Х.А., Эргашбаева Д.А., Адилова Г.Р.	605
ЗНАЧИМОСТЬ ПРЯМЫХ И КОСВЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА Т. А. Чеботарёва, О. И. Демина, Д.С. Тихомиров, Л.Н. Мазанкова, Т.А. Туполева	606
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Ф. М. Шамсиев, Н. Д. Азизова, Махпиева Г.К.	607
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Махпиева	607
ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ Шамсиев Ф.М., Султанов З.Ф., Мусажанова Р.А., Ишратова Ш.Д.	608
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ДИФфуЗНЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Хайдарова М.М., Мухамедов Ф.Н.	609
ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р., Каримова М.Х.	609
РОЛЬ ОХАЛОВАСТЕР FORMIGENES В РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ Шарилов А.М., Артикова М.А.	610
ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА Шарилов И.Л.	611
КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ Шералиева С.Ж., Асранкулова Д.Б.	611
РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ Шералиева С.Ж., Асранкулова Д.Б.	612
RISK OF HEPATITIS B VIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN Shokirova S.M., Ibragimova S.R.,	613
OBSTETRIC TACTICS FOR VIRAL HEPATITIS Shokirova S.M., Ibragimova S.R.	613
FEATURES OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN PREGNANCY Shokirova S.M., Ibragimova S.R.	614
DEVELOPMENT OF THE FETUS AND NEWBORNS IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS Shokirova S.M., Ibragimova S.R.	614
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ Шомансурова Ш.Ш., Касымов И.А., Улмасова С.И.	615
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИИ ДЕТЕРМИНИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТАШКЕНТА. Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш., Улмасова С.И.	615
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ. Эгамова М. Т., Усманходжаева А.А., Матмуродов Р. Ж	616
ГИПЕРГЛИКЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА Эргашбаева Д.А. Адилова Г.Р., Хусанова Х.А	617
ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Эргашбаева Д.А., Хусанова Х.А., Адилова Г.Р.	617

ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Эргашев Н.Ш., Эргашева Н.Н., Саггаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х.	618
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ Эргашев Н.Ш., Саггаров Ж.Б., Назаров Н.Н., Хакимов Т.П.	618
БОЛАЛАРДА ҚОРИННИНГ ТЎМТОҚ ШИКАСТЛАНИШИДА ҚОРИН БЎШЛИГИДА ЭРКИН СУЮҚЛИКНИ ДАВОЛАШ МЕТОДИНИ ТАНЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ Эргашев Н.Ш., Туракулов З.Ш., Ибрагимов Ж.Х., Исаков Н.З., Бозоров Ш.Т.	619
БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИГИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЙЎҒОН ИЧАК ЖАРОҲАТИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ Эргашев Н.Ш., Исаков Н.З., Тўракулов З.Ш.	619
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ Юлдашев М.А., Гафуров А.А., Акбаров Н.А.	620
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАСТИТОВ У ДЕТЕЙ Юлдашев М.А., Исаков Н.З.	620
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОЗОНОТЕРАПИЮ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА БЕРЕМЕННЫХ Юлдашева А.Н., магистр 2года, Худоярова Д.Р., д.м.н., Кобилова З.А., Шопулотов Ш.А.	621
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ Юлдашев И.Р., Абдуллаев Н.Ч.	622
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ Юлдашева О.С., Камилова М.	623
ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Юнусов Д.М.	623
КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ БРОНХИОЛИТОМ Юнусов Д.М.	623
ЧАСТОТА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА Юнусов Д.М.	624
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Юнусов Д.М.	625
ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Юнусов Д.М.	625
ФАКТОРЫ, ВЛЯЮЩИЕ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	626
ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ. Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	626
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗВУР. Якубова О.А., Махмудова К.Ш., Сулейманова Н.А., Исакова Д.Б.	627
ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕКИСНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ОГРАНИЧЕННОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ Якубова О.А., Махмудова К.Ш.	628
III - Хирургические болезни	629
ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО КЕЛОИДНОГО РУБЦЕВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА. Д.А.Абдукадиров, М.М.Мадазимов К.М.Мадазимов, З.П.Асханов, С.У.Назиров	629
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН Абдукодиров С.А., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М.	630
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ – С ЧЕГО НАЧИНАЛИ И К ЧЕМУ ПРИШЛИ Абдукодиров С.А., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М.	630
РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИКТОРАМИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА Абдукодиров С.А., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Эргашев Х.М.	631
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНЕФРИТА Абдулазизов С.А., Рустамов У.М., Садыкова Д.И., Бобоев Р.А., Хамраев О.А.	632
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКСОМ СЕРДЦА Абдулазизова А.Б., Сабилов А.А., Рашидова Ш.У., Муйдинов Ж.И.	632
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ГИСТОГЕНЕЗ МИКСОМЫ СЕРДЦА Абдулазизова А.Б., Сабилов А.А., Рашидова Ш.У., Муйдинов Ж.И.	633
ПРОФИЛАКТИКА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.	634
ВЛИЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ	635

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Кодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.	
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА И МОНИТОРИНГ ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ В ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	636
Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Кодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	636
Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	637
Абдуллажанов Б.Р., Ботиров Ж.А.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	638
Абдуллажанов Х.М.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	638
Абдуллажанов Х.М.	
ВНУТРИОРИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ СИНУСИТАХ	639
Абдумаликов И.М., Юсупов М.М.	
ТАШКИ БУРУННИНГ ТУҒМА ВА ОРТТИРИЛГАН НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОНАЗАЛ УСУЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	639
Абдумаликов И.М., Юсупов М.М.	
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	640
Абдурасулов Х.Х., Ахмедов М.М., Ташматова Ю.Ж., Хакимова Г.Ж.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	641
Абдурасулов Х.Х., Ахмедов М.М., Ташматова Ю.Ж., Хакимова Г.Ж.	
КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯ НУР ДИАГНОСТИКАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛИ	642
Аблязов А. А., Мадрагимова Б. Х., Якубов Н. И.	
ПРЕИМУЩЕСТВО ПОЗИТРОННО – ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ	642
Аблязов А.А., Рашидова Ш. У., Рахимова К.М.	
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОНОЧНИКА	643
Аблязов А.А., Тургунов Ш.Ш., Зулунов А.Т.	
ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ СОВРЕМЕННОЙ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ	644
Аблязов А.А., Исломов Р. Д., Тоджиходжаев Ш. Ш.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА	644
Абызбаева А. С., Байкосова Г. К.	
ПОЛИПОЗ ЭТМОИДИТАРНИ ДАВОЛАШДА ФОТОДИНАМИК ЛАЗЕРТЕРАПИЯ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ	645
Авезов М.И., Якубова Н.Р.	
К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ	646
Ажимаматов Х.Т., Миракаримов Б.Х., Тошбоев Ш.О., Тошматов Х.З.	
ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОГНЕСТЕРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	647
Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Умурзаков С.К., Жураев Г.Г.	
КОМПЛЕКСНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ СТОПЫ	647
Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Хайдаров М.О., Жураев Г.Г.	
ВОЗМОЖНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	648
Алибоев М.Р., Хожиметов Д.Ш., Эгамов С.Ш.	
УСОВЕРШЕСТВОВАНИЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗОБОМ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	649
Алибоев М.Р., Нишанова Д.Ф.	
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС	650
Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Матанов Р.М., Мучиашвили О.Р.	
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КОРНЯ АОРТЫ	650
Алиев Ш. М., Каюмов А. Р., Пулатов Л. А., Мучиашвили О. Р.	
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ	651
Алиев Ш. М., Пулатов Л. А., Юсупов М. М., Каюмов А. Р., Матанов Р. М.	
ОПЕРАЦИЯ ОЗАКИ – КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА С ГИПОПЛАЗИЕЙ КОРНЯ АОРТЫ	651
Алиев Ш. М., Мучиашвили О. Р., Пулатов Л. А., Каюмов А. Р.	

УМУМИЙ СОН ВА ЁНБОШ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ ҚЎШМА ОККЛЮЗИОН ЗАРАРЛАНИШИДА ТУРЛИ ОПЕРАЦИОН УСУЛЛАРНИ ТАҚҚОСЛАШ Алимов Ж.И., Юлдошев Ф.Ш. Алланазаров Х., Бабажанов А.С.	652
ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Аманов И.М., Ахмедов М.М., Мамадалиев М.М., Ташматова Ю.Ж.	652
РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ У ОЖОГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ Асханов З.П., Мадазимов М.М., Абдукадиров Д.А., Мадазимов К.М.	653
ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Атажонов С.З., Шарипов Р.О.	654
САРКОМЫ КОСТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ Ахмадалиев К.С., Тошпулатов А.М., Исаев З.Н., Косимова М.О.	654
РЕЦИДИВНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ Ахмадалиев С.М., Кадиров Ш.Н., Икромов Ф.Д., Усмонов Э.И.	655
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Ахмедов Г.К., Юлдошев Ф.Ш., Бабажанов А.С.	655
ПАЛЛИАТИВНЫЕ МАСТЭКТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IV СТАДИИ Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.	656
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.	656
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.	657
ТОТАЛЬНАЯ АУТОАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Хужамбердиев А.У., Илхомов О.Э., Чернов Д.А.	658
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ “ФЕМОСТОН” ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ Ахмедова Н.М.	659
НАШ ОПЫТ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ Ахмедов Ю.М., Курбанов Д.Д., Ахмедов И.Ю.	659
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Оразалинов А.Ж., Ойнарабаева Э.А.	660
ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ. ПРОБЛЕМА ХИРУРГИИ Бабаджанов А.Х., Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р.	660
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 И ИХ ПРОФИЛАКТИКА Бахритдинова Ф.А., Ибрагимов Н.К.	661
ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА КЎЗ ВА ЁРДАМЧИ АЪЗОЛАРНИНГ КАСАЛЛАНИШИ Бахритдинова Ф.А., Маткаримов А.К.	662
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТГВ ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА Безлепкин Ю.А., Сонькин И.Н., Гусинский А.В., Фионик О.В., Мельник В.Ю., Рахматиллаев Т.Б., Крылов Д.В., Атабеков А.И., Уртеев О.В.	663
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ Бектемирова Н. Т., Расулов А.Д.	663
ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ Бердиев. Э.А., Салимов. Ш.Т.	664
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ЕГО ОБСТРУКЦИИ Бобоев Р.А., Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., Хамраев О.А., Хужамбердиев У.Э.	664
СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Бозарова Ф.Ф., Урманбаева Д.А., Сотволдиев К.Х.	665
ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Бозоров Н.Э., Нишонов Ф.Н., Алибоев М.Р.	665
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ Бутабоев Б.Б., Журабоев К.О., Саттибоев И.И., Ташматова Ю.Ж.	666
ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Бутабоев М.Т., Бутабоев Ж.М., Усмонов Х.К., Ганижонов Ж., Усмонов Э.	667

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Бутабаев М.Т., Усмонов Х.К., Бутабаев Ж.М., Ганижонов Ж., Усмонов Э.	668
СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Бутабаев М.Т., Усмонов Х.К., Ганижонов Ж., Усмонов Э., Бутабаев Ж.М.	668
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ. ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Бутабаев М.Т., Усмонов Х.К., Бутабаев Ж.М., Ганижонов Ж., Усмонов Э.	669
АНДИЖОН ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ТУХУМДОН САРАТОНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТОМОНЛАРИ Валидова А.Ф., Ибрагимова М., Туланов Д.Ш., Мамарасулова С.	670
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Василевский Э.А., Мусашайхов Х.Т., Михайлевич И.Э., Дадабаев О.Т.	670
РЕЦИДИВНЫЕ ГРЫЖИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ Гуламов О.М., Йигиталиев С.Х., Рузиматов М.Х.	671
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С РЕЗЕКЦИЕЙ УЩЕМЛЕННОГО ОРГАНА Гуламов О.М., Шаюсупов А.Р., Мухамедов Б.З.	671
РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ, ОСЛОЖНЕННЫМИ СВИЩАМИ Гуламов О.М., Шаюсупов А.Р., Музаффов Ф.У., Рузиматов М.Х.	672
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ ИСХОДЯ ИЗ ЗНАЧЕНИЯ TroO2 Дадабаев О.Т., Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А.	673
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Дадабаев О.Т., Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А.	673
ОТКРЫТАЯ ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ И ЭНДОЛИМФОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Дадаев Ш.А., Кутлымуратов А.Д., Хасанов С.М.	674
СОЧЕТАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ И ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА Проф.Дадаев Ш.А., Сабирматов А.А., Кутлымуратов А.Д.	674
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ Даминов Ф.А., Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А.	675
ЭРТА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШ- ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ЗАРАРЛАНИШЛАР ПРОФЛАКТИКАСИ СИФАТИДА Даминов Ф.А., Рузибоев С.А., Шавази Р.Н.	676
ЭРТА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШ- КУЙГАНЛАРДА ОШҚОЗОН ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ЗАРАРЛАНИШИ ПРОФЛАКТИКАСИ СИФАТИДА Даминов Ф.А., Рузибоев С.А.	676
КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Джалалова Ф.М.	677
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Джалалова Ф.М.	678
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕТЕКЦИИ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Джалалова Ф.М.	678
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СБАЛАНСИРОВАННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРОМЕДОЛОМ И ФЕНТАНИЛОМ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ГОМЕОСТАЗА В УСЛОВИЯХ ОРИТ Джалилов Д.А.	679
ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ Джалилов Д.А.	680
ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ В ХИРУРГИИ XXI ВЕКА- Fast Trask Surgery (хирургия быстрой реабилитации) Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г.	680
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Хакимов В.А., Джумабаева С.Э.	681
ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАМЕТРА МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ВОРОТНОГО БАССЕЙНА Джураева Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Байбеков Р.Р., Шамирзаев Х.Э., Султанов А.Т., Вахидова Н.Т., Абдухалимова Х. В.	682

ВАРИАНТЫ КОМПЕНСАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО БЛОКА Джураева Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Байбеков Р.Р., Шамирзаев Х.Э., Султанов А.Т., Вахидова Н.Т., Абдухалимова Х. В.	682
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННЫХ Дилкашев .А.Н , Махмудов .З.Т., Раззаков Э.Б., Акбаров И.Н., Эшматов .М.М.	683
ПРОФИЛАКТИКА И ПУТИ УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИИ РАЗГИБАТЕЛЬНАЯ ОТВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ. Ғофуров.И.Н., Эшматов .М.М., Акбаров И.Н., Раззаков Э.Б., Дилкашев .А.Н.	684
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ Ғофуров И.Н., Раззаков Э.Б., Дилкашев .А.Н., Эшматов .М.М., Акбаров И.Н.	685
УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИ СИНИШИДА ИНТРАМЕДУЛЯР БЛОКЛОВЧИ ИМПЛАНТАТЛАРНИ КУЛЛАШ Эшматов М.М., Акбаров И.Н., Ғофуров И.Н., Раззаков Э.Б., Дилкашев .А.Н.	685
БОЛАЛАРДАН ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ КИСМИ СИНИШИДА НЕРВ ТОЛАЛАРИ ШИКАСТИНИ ЭРТА ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ Аkbаров И.Н., Эшматов М.М., Хакимов Н.Ғ., Ғофуров И.Н., Дилкашев .А.Н.	686
КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ Жалалдинов С.Ж., Ахмедов Т.Б.	686
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ Жалалдинов С.Ж., Ахмедов Т.Б.	687
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ Жалалдинов С.Ж., Ахмедов Т.Б.	688
ТАЖРИБАДА ГИПЕРТИРЕОЗ ҲОЛАТИДА ҚОНДАГИ АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ВА НОСПЕЦИФИК ИММУН ОМИЛГА ТАЪСИРИ Жалилов М.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.	688
ЭКСПЕРИМЕНТДА ГИПОТИРЕОЗ ҲОЛАТИНИ НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИ ВА ҚОНДА АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ТАЪСИРИ Жалилов М.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.	689
БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИКЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИГА АСОРАТЛАНИШЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.	690
ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ Журабоев К.О., Бутабоев Б.Б., Саттибоев И.И., Ташматова Ю.Ж.	690
REFRACTIVE CHANGES IN PREGNANCY Zakirkhojaev R.A. Shavkatkhujayev K.N. Rajabova M.S.	691
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА И ЕГО ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ Зулунов А.Т.	692
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА Зулунов А.Т.	692
ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Ибрагимов С.Х.	694
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ОРИТ Ибадов Р.А., Шаниева З.А., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Ибрагимов С.Х.	694
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АТИПИЧНЫХ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МУДРОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Ибрагимов Д.Д., Исмаилов Ф.А., Исмаилов Н.С.	695
ВЫЖИВАНИЕ ПРИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Израильбекова К.Ш.	696
SURVIVAL WITH CONTRALATERAL BREAST CANCER Izrailbekova K.Sh.	696
ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПО ДАННЫМ ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ Икрамов А.И., Бабаджанов А.Х., Джураева Н.М., Амирхамзаев А.Т., Султанов А.Т.	697
APPLICATION OF DIFFERENT HERNIOPLASTY METHODS IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA Ikromova P.X., Ahmedov G.K., Yuldoshev F. SH., Babajanov A.S.	697
НОВЫЕ МЕТОДЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ Икрамова Ф.Д.	698
НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕХНОЛОГИИ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Икрамова Ф.Д.	698
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ БЕЙКЕРА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Худайбердиева М.С., Кадилов А.А.	699

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ КИСТЕ БЕЙКЕРА Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А.	699
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН Исакова Д.Б.	700
РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ Исакова Д.Б.	701
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IV СТАДИИ НА ЭТАПАХ ПАЛЛИАТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Исамитдинов Н.М., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.	702
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ Исамитдинов Н.М., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Ташматова Ю.Ж.	702
ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ Исламова К.А., Тоиров Э.С.	703
ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИДА УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ Исламова К.А.	704
ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ПАТОГЕНЕЗИДА TGFB1 ГЕН ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ АҲАМИЯТИ Исламова К.А.	705
ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ СЕВОФЛЮРАНА Исмоилов Р.А.	705
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ Исмоилов Р.А.	706
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ Ишанчаева Н., Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А.	707
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ишанчаева Н., Урманбаева Д.А., Базарова Ф.Ф.	707
ИТОГИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН Кабулов М.К.	708
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЦЫФРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ Кадиров А.А., Худайбердиев К.Т., Мамажанов Б.С., Турсунов Ф.К.	709
ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ КЛАССИФИКАЦИИ СУБАКСИАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА Кадиров А.А., Худайбердиев К.Т., Мамажанов Б.С., Турсунов Ф.К.	709
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНЕШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ Кадиров А.А., Худайбердиев К.Т., Мамажанов Б.С., Турсунов Ф.К.	710
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ Кадиров А.А., Худайбердиев К.Т., Турсунов Ф.К., Худайбердиева М.С.	710
ВЫБОР ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Кадиров Ш.Н., Ахмадалиев С.М., Йулдашев А.А., Усмонов Э.И.	711
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Камышов С.В., Ниёзова Ш.Х.	712
БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ, БОШ ВА ЮЗ – ЖАҒ СОҲА ГЕМАНГИОМАЛАРИ Каримов М.А., Садиков Р.Р., Жўрабоев Қ.О.	712
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ КАНЦЕРПЕРВЕНЦИИ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ НЕКАРДИАЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М.	713
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ Касимов К.К., Усмонова Н.А., Рахимов С.К.	713
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ РИНОСИНСИТОСОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Касимов Х.К., Касимов К., Норбоев З.К., Мадаминаева Н.Э.	714
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ОСТРОГО СИНУСИТА ПРОТЕКАЮЩИЕ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА Касимов Х.К., Касимов К., Норбоев З.К., Мадаминаева Н.Э.	714

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ Касимова Ш.А., Косимов К.К., Норбоев З.К., Мадаминаева Н.Э	714
MAKTAB O'QUVCHILARIDA KOMPYUTER VIZUAL SINDROMINI KOMPLEKS DAVOLASH Kaharova D.M., Mamadiyeva M.S., Kaharova D.Q.	715
YUMSHOQ KONTAKT LINZA KIYGANDA SHO'X PARDA YIRINGLI YARASINI DAVOLASH TA'JIRIBASI Kaharova D.M., Mamadiyeva M.S., Kaharova D.Q.	715
СПОСОБ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ Киличев М.Р., Саидходжаева Ж.Г., Умматалиев Д.А., Суюнов Д.М.	716
ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ Киличев М.Р., Салахиддинов К.З., Пакирдинов А.С., Курбанов Х.А.	717
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕГРАДНЫХ ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ОПУХОЛЯХ ОРГАНА ГПДЗ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Киличев М.Р., Суюнов Д.М., Салахиддинов К.З.	718
SHLAMUDIA PNEUMONIA BILAN INDUCIRLANGAN YUQI BILAN OFRIGAN BEMORLARDA CITOKINLAR DARAJASINI ANIQLASH Kargizova X.A., Tashtemirova I.M., Kodirova G.I., Latipova K.Y., Isaev A.A.	719
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2 (COVID-19) Кириллова М.С., Степанова Ю.А.	720
УСКОРЕННАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭЗОФАГЭКТОМИИ Ручкин Д.В., Раевская М.Б.	721
РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОФАРМАКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ Кобилов О.Р.	721
ТИРЕОТОКСИК БЎҚОҚЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ГОРМОНЛАРНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ Кодиров М.Ш., Жалилов М.А., Кодиров Ш.Н.	722
МЕЪДА РЕЗЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН РИВОЖЛАНУВЧИ КАМҚОНЛИКНИ ПАТОГЕНЕТИК АСОСЛАШ Кодиров М.Ш., Ирискулов Б.У., Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н.	723
СУРУНКАЛИ ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ АНЕМИЯСИНИНГ МЕЪДА ШИЛЛИК ҚАВАТИГА ВА ЭКСКРЕТОР ФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИ Кодиров Ш.Н., Эгамов Ю.С., Иминов Б.И., Кодиров М.Ш.	723
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗАХ ПРИМЕНЕНИЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Кодиров Ш.Н., Жалилов М.А. Кодиров М.Ш.	724
ИЗУЧЕНИЕ ДАННЫХ АНАМНЕЗА БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ДЕТАЛИЗАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ Кодиров М.А.	724
ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Кодиров М.А.	725
МЕТОДЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ Комилов Ш.Т., Норбоев З.К., Халилов Х., Исаев К.	725
VALUE OF BILE DUCT DECOMPRESSION IN TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS Qosimov A.L., Salaxidinov S.Z., Usmonov, X.Q., Usmonov E.I., Latipov, R.J., Azimov, A.A., Tulakov E.O.	726
CLINICAL MANIFESTATIONS OF VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITY DURING PREGNANCY Qosimov A.L., Axmadaliev S.M., Usmonov, X.Q., Usmonov E.I., Abdupatov D.U., Azimov A.A.	727
THE IMPACT OF REGIONAL IMMUNE STIMULATION ON LOCAL IMMUNITY OF THE OPERATED STOMACH Qosimov A.L., Salaxidinov S.Z., Usmonov, X.Q., Abdupatov D.U., Olimov A.B., Azimov A.A.	727
DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OBTURATIVE PURULENT CHOLANGITIS Qosimov A.L., Usmonov, X.Q., Grigorov J.A., Ulmasov M.V., Kholmatov M.T., Azimov A.A.,	728
PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR ARTERIAL HYPERTENSION AMONG THE UNORGANIZED POPULATION OF ANDIJAN Qosimov A.L., Usmonov, X.Q., Usmonov E.I.	728
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ Косимова М.О., Тошпулатов А.М., Ахмадалиев К.С., Исаев З.Н.	729

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.	729
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВЫВИХАМИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.	730
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.	731
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Красенкова М.Б.	731
ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ Кряжинова И.А.	732
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ Курбанов Х.А., Салахитдинов К.З.	733
МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ Курбанов Х.А., Салахитдинов К.З.	734
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Курбанов Х.А., Киличев М.Р., Пакирдинов А.С., Суянов Д.М.	735
ВЫБОР МЕТОДА БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ Курбанов Х.А., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г.	736
МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ Х.А.Курбанов, Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г.	736
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПЕХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА Курбанов Х.А., Киличев М.Р., Пакирдинов А.С., Суянов Д.М.	737
РАЗРАБОТКА ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАДОННЫХ ФОРМАХ РУБЦОВЫХ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ Мадазимов М.М., Асханов З.П., Абдукадиров Д.А., Назиров С.У.	738
РОЛЬ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ Мадазимов М.М., Абдукадиров Д.А., Салахитдинов К.З., Киличев М.Р., Курбанов Х.А.	738
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У., Абдукадиров Д.А., Асханов З.П.	739
АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г.	740
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ Мадаминаева Н.Э., Улмасов Б.Б.	741
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ Мамадалиев М.М., Урманбаева Д.А.	741
ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Мамадалиев М.М., Урманбаева Д.А., Тошгозиева М.Р.	742
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТОРСН-ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА Мамадалиева М.М.	742
ДИАГНОСТИКА ТОРСН-ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА Мамадалиева М.М.	743
БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ ВА САРАТОН КАСАЛЛИКЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКА ТЕКШИРУВЛАРИ ЁРДАМИДА АНИҚЛАШ БЎЙИЧА ЯГОНА ДАСТУРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ Мамарасулова Д.З., Исакова Д.Б.	744
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СВЕТОКЛЕТОЧНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЯИЧНИКОВ Мамарасулова Д.З., Валидова А.Ф., Мирзаев Х.М., Маматкулов О., Камилова З.	744
ОГРАНИЧИТЕЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.	745

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ И КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ АППЛИКАЦИИ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ КРОВОПОТЕРЮ Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.	746
КОРРЕКЦИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В РАННЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.	746
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВОДНЫЙ БАЛАНС В ЛЕЧЕНИИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.	747
ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.	747
ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.	748
КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.	749
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТРАНСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Чернов Д.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Кенжаев Ф.Х.	749
ИСПОЛЗОВАНИЕ НИТРОКСОЛИНСОДЕРЖАЩЕГО СОРБИРУЮЩЕГО ДРЕНАЖА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Мансурова Ф.Х., Халилова Б.Р.	750
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ТОҒАЙЛИ ДИСКНИНГ МИКРОСКОПИК ТУЗИЛИШИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ Махкамов Н.Ж., Исраилов Р.И.	751
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ПРОТРУЗИЯСИ ВА ЧУРРАСИНИ КЛИНИК МОРФОЛОГИЯСИДА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИНИ АНИҚЛАШ Махкамов Н.Ж., Исраилов Р.И.	751
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Мизамов Ф.О., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Усаров Т.А.	752
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ РАНА И ЕЁ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К., Жураев Г.Г.	753
СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ СТОПЫ Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Хайдаров М.О., Умурзаков С.К.	754
ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Мирзаева Р.З.	754
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО УВЕИТА Мирзаева Р.З.	755
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ УВЕИТАХ Мирзаева Р.З.	755
КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Василевский Э.А., Мусашайхов Х.Т., Михайлевич И.Е., Дадабоев О.Т.	756
СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТОВ Михайлевич И.Е., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Суюнов Д.М.	756
КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Михайлевич И.Е., Василевский Э.А.	757
ВЫЯВЛЕНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Муминов И.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Дусмуратова Д.А.	757
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОРТАНИ Муминов С.Х.	758
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ Муминов С.Х.	759
КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ Муминов С.Х.	759
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНТЕРОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Мусашайхов Х.Т., Маткаримов Б.Х., Дадабоев О.Т., Василевский Э.А.	760
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА Мусашайхов Х.Т., Василевский Э.А., Дадабоев О.Т., Икрамова Ф.Д.	761
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	762

Мустафаев А.Л., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О.	
РЕИНФУЗИЯ КРОВИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Кенжемуратова К.С., Джураева З.А.	762
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Тухтаев Ф.М., Мизамов Ф.О.	763
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мустафаев А.Л.	764
ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Мизамов Ф.О., Элмуратов Г.К.	764
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Элмуратов Г.К., Умедов Х.А.	765
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Мустафакулов И.Б., Усаров Т.А., Карабаев Х.К., Авазов А.А.	765
ОСТРЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА Мустафакулов И.Б., Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р.	766
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ СУХОГО ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Набиева И.Ф., Нарзикулова К.И.	767
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Л., Хабибуллаев Х.А., Пакирдинов А.С.	767
ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Убайдуллаев Ф.К., Махмудов А.Б., Пакирдинов А.С.	768
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ ПРИ МАССОВЫХ КАТАСТРОФАХ. Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Усманов А.К., Меликузиев Э.Б., Убайдуллаев Ф.К., Махмудов А.Л., Пакирдинов А.С.	769
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Л., Пакирдинов А.С.	770
ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Назарова Г.Т.	771
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АНГИОАРХИТЕКТониКИ И ГИСТОСТРУКТУРЫ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ И ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Назирова Ф.Г., Девятых А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У.	772
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Назирова Ф.Г., Ибадов Р.А., Исмаилов Е.Л., Ибрагимов С.Х.	772
АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Назыров Ф.Г., Девятых А.В., Салимов У.Р., Байбеков Р.Р., Омонов О.А.	774
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ Назыров Ф.Г., Девятых А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р.	774
АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Назыров Ф.Г., Девятых А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р.	775
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БЛИЗКОРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ Назыров Ф.Г., Назирова Л.А., Девятых А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р., Байбеков Р.Р.	775
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф., Нишонов Ф.Н.	776
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ Назыров Ф.Г., Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф.	777
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ Назыров Ф.Г., Нишанов Ф.Н., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.	777
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Мадаминаева Н.Э., Улмасов А.	778

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ Нарматова Д.М.	781
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ МЕТОДИК МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА Нарматова Д.М.	782
SURGICAL TACTICS AND CHOICE OF PHARMACOTHERAPY FOR STENOSING PYLORODUODENAL ULCERS Nishanov M.F., Khozhimetov D.Sh.	783
TECHNICAL AND TACTICAL ASPECTS OF THE TREATMENT OF PYLORODUODENAL ULCERS Nishanov M.F., Nishonov F. N., Khozhimetov D.Sh.	784
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИКИ АНДИЖАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА С 2015 ПО 2019 ГГ. Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров Ж.А.	784
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ И КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Абдулхаева Б.Х., Саидкамоллов Р.	785
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.	786
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА И ПРОФИЛАКТИКА ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА. Нишонов Ф.Н., Хамидов Ф.Ш., Мадвалиев Б.Б., Нишанова Д.Ф.	787
ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ПЛАСТКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ Нишонов Ф.Н., Бозоров Н.Э., Абдуллажонов Б.Р.	788
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Абдулхаева Б.Х.	789
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ НЕИЗЛЕЧЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ИЛИ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ Нуритдинов О.Т., Пакирдинов А.С., Абдурахимов Ш.Т., Суюнов Д.М., Тургунов А.Л.	790
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛУДКА ПРИ ТРУДНЫХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Нуритдинов О.Т., Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Кучкаров Ж.С.	791
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ Нурмухамедова М.А., Ниязова М.Ш.	791
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Эгамов С.Ш.	792
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ Пакирдинов А.С., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Ахмедова Ш.Т., Сайфутдинова М.А.	793
ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Ахмедова Ш.Т., Сайфутдинова М.А.	793
СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ Парманкулова Ю.Д.	794
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ И КАТАРАКТЫ Парманкулова Ю.Д.	795
СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И СОПР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ Пулатов Н.Х. Тешабоев М.Г.	795
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА Пулатов Н.Х. Тешабоев М.Г.	796
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТИПИЧЕСКОЙ И АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ МЕНИНГИОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА Расулов Ж.М.	796
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ МЕНИНГИОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА С ИНТРА-, ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ Расулов Ж.М.	797
ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА СЎРОВНОМА ЎТКАЗИШНИНГ АҲАМИЯТИ	798

Ш.М.Расулов	
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НИХ ФАКТОРЫ. Т.Б.Рахматиллаев 1, А.В.Гусинский 1, В.В.Шломин 2	799
ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Рашидова Ш.У., Тянь А.А.	800
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Рашидова Ш.У., Тянь А.А.	801
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Рузиев С.А., Хайдаров Г.А., Амонов Х.Р., Шавази Р.Н.	801
ҮН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИДА ҚОРИН ПАРДА ОРТИ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ Рузиев С.А., Хайдаров Г.А., Амонов Х.Р.	802
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТОНИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Рустамов У.М., Садилова Д.И., Хамраев О.А., Хужамбердиев У.Э., Абдулазизов С.А	803
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ РЕАНИМАТОЛОГИЯДА SMART ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ УРНИ Садилова М.А.	803
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕЖЛЕСТНИЧНОГО БЛОКА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ Садилова М.А.	804
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК Садыкова Д.И.	805
ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЙ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИ ГИГАНТСКИХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А.	805
ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛУЧЕЙ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ГЕЛИЙ-НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. Салахиддинов К.З., Курбанов Х., Киличев М., Салахиддинова М	806
РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ. Салахиддинов К.З., Мирзаев А.К., Курбанов Х., Салахиддинова М., Пакирдинов А	806
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Салахиддинов С.З., Икрамова Ф.Д., Сахаталиева Р., Зайнабудинова Д.С.	807
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ Салиохунова Х.О., Усманова Н., А	807
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО РЫБЬЕГО ЖИРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЎ ДИСФУНКЦИИ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.	808
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛИРИЯ В РЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.	808
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Қодиров Х.Х., Сайфуддинов С.З.	809
МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ: ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С., Кудратов М.Ш., Кудратова Ш.М.	810
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОНОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ «С» Соипова Г.Г., Фозилов А.А.	811
ДОППЛЕР И ЭЛАСТОГРАФИЯ – КАК КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФИБРОЗИРОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ «С». Соипова Г.Г., Фозилов А.А.	811
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А., Тошгозиева М.Р.	812
ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ТРАМ-ЛОСКУТОМ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А., Ишанчаева Н.	813
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ Степанова Ю.А., Усмонов У.Д.	813
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РИХТЕРОВСКОМ УЩЕМЛЕНИИ Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Кучкаров Ж.С., Абдурахимов Ш.Т.	814

ОРАЛИК СОҲА ЛИМФАНГИОМАТОЗИНИ ДАВОЛАШДА СКЛЕРОТЕРАПИЯДАН ФЙДАЛАНИШ Суёнов Д.М., Пакирдинов А.С., Кучкаров Ж.С., Лубинцова О.В., Ахмадалиев С.	815
ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ТАШРИХДАН СЎНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРЛАРИДА АЛЛОПЛАСТИКА АСОРАТЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ Суёнов Д.М., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Пакирдинов А.С., Курбанов Х.А.	815
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А., Элмуратов Г.К.	816
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ Ташматова Ю.Ж., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.	817
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИИ Ташматова Ю.Ж., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.	817
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЕ В ОНКОЛОГИИ Ташматова Ю.Ж., Ахмедов М.М., Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.	818
CONVERSION CHEMOTHERAPY WITH A MODIFIED FLOX REGIMEN FOR BORDERLINE OR UNRESECTABLE LIVER METASTASES FROM COLORECTAL CANCER Tillyashaikhov M. N., Islamov Kh.D., Robert S. Bresaler, Kamishov S.V., 3Niyozova Sh.Kh.,	819
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ Тоджихужаев Ш.Ш.	819
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ КОНКРЕМЕНТОВ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Тоджихужаев Ш.Ш.	820
ОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ Тожибоев А.А.	821
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ Тожибоев А.А.	821
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ Тожибоев А.А.	822
МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА Тожибоев А.А.	822
БЕЛ УМУРТҚАСИ ОРТТИРИЛГАН КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЛИНИК ВА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШХИСЛАШ Тожибоев Ж.Б., Махкамов Н.Ж., Жўраева Ш.Н.	823
К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЕННЫХ Ш.О.Тошбоев.	824
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ Ш.О.Тошбоев.	825
СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ: БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Тошгозиева М.Р., Урманбаева Д.А., Базарова Ф.Ф.	825
ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ Тошпулатов А.М., Косимова М.О., Ахмадалиев К.С., Исаев З.Н.	826
GLAUKOMA TASHXISLI BEMORLARDA “QURUQ KO’Z” SINDROMINI DAVOLASH EFFEKTIVLIGINI BAHOLASH. Turg’unov Sh.Sh., Ahrarov A.A.	827
ЧРЕЗКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСФОРМИНАЛЬНАЯ ПОЯСНИЧНАЯ ДИСКЭТОМИЯ. Турсунов Ф.К., Худайбердиев К.Т., Турсунов М.К., Кадиров А.А., Худайбердиева М.С., Турсунов К.К.	827
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ Турсунова С., Хакимов Н.С., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.	828
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Турсунова С., Хакимов Н.С., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.	828
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ Улмасов А.О., к.м.н. доцент Норбоев З.К.	829
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Умедов Х.А., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Элмуратов Г.К.	830
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	830

Умедов Х.А., Карабаев Х.К., Мустафулов И.Б., Элмуратов Г.К.	
ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ Умматалиев Д.А., Суянов Д.М., Пакирдинов А.С., Азизов Г.А.	831
ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВЕДЕННЫХ БОЛЬНЫМ С ЗОБОМ Умматалиев Д.А., Саидходжаева Ж.Г., Киличев М.Р., Абдуллаев Х.М.	832
THE VALUE OF DYNAMIC CHANGES OF THE BLOOD CYTOKINE PROFILE IN THE NODAL FORM OF BREAST CANCER Urmanbaeva D.A.	832
EFFICIENCY OF PLASTIC OPERATIONS IN BREAST CANCER AFTER RADICAL RESECTION Urmanbaeva D.A.	833
КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОНУКЛИДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Урманбаева Д.А.	833
МОРФОКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО/МУЛЬТИФОКУСНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Урманбаева Д.А.	834
ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ОПУХОЛИ, ЛИМФОГЕННОГО И ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕМ ПРОТОВОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Урманбаева Д.А.	835
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Урманбаева Д.А.	836
EFFICIENCY OF PLASTIC OPERATIONS IN BREAST CANCER AFTER RADICAL RESECTION Urmanbaeva D.A.	836
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МАРКЕРОВ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Урманбаева Д.А.	837
FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM AND BREAST TUMORS. Urmanbaeva D.A.	837
СВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ЩИТОВИДНОЙ Урманбаева Д.А., Салимова Н.Д., Шавкатхужаев Х.Н.	838
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ Усаров Т.А., Карабаев Х.К., Мустафулов И.Б., Мустафаев А.Л.	838
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА Усмонова Н.А.	839
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СИНУСИТА ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Н.А. Усмонова, Х.К. Касимов, К. Касимов, Норбоев З.К., Мадаминова Н.Э	839
ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ АНГИН. Усмонова Э.М.	840
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.	840
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.	842
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ. Усмонов Х.К., Кадилов Ш.Н., Ахмадалиев С.М., Йулдошев А.А., Усмонов Э.И	843
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.	843
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.	844
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.	845
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ - ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.	845
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ Хакимов Д.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Умматалиев Б.Т., Бобоев У.Н.	846
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ Хакимов М.Н.	847

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОГО ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА Хакимов М.Н.	847
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Хакимов Н.С.	848
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ПРИ СИНУСИТАХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Хакимов Н.С.	849
ДВУМЕРНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ Хакимов Н.С.	849
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПАТОЛОГИЯМ В ЭКСТРЕННО ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Рахманов Б.Б., Мадвалиев Б.Б	850
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Хакимов О.С., Усмонов У.Д., Отакузиев А.З.	851
ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШЛАРИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ Хакимов А.А.	852
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СМЕШАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС ИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ. Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Ахмедов У.Б., Бабаджанов С.А., Чернов Д.А., Илхомов О.Э.	853
DIRECT RESULTS of OPCAB IN PATIENTS WITH SEVERE LEFT VENTRICLE DYSFUNCTION AND SEVERE CONCOMITANT DISEASES. Khalikulov Kh.G., Mansurov A.A., Murtazaev S.S., Akhmedov U.B., Chernov D.A., Ilkhomov O.E., Kenjaev F.Kh., Mirzaev Kh.A.	853
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА. Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Илхомов О.Э., Кенжаев Ф.Х., Мирзаев Х.А.	854
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ. Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Ахмедов У.Б., Илхомов О.Э., Чернов Д.А., Кенжаев Ф.Х., Мирзаев Х.А.	854
СУТ БЕЗИ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИНГ ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ШАҲАР ВА ВИЛОЯТЛАРИДА ТАРҚАЛГАНЛИГИ Хамзаева Н.Т., Зоирова Н.Т., Салоитдинова М.Н.	855
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УДАЛЕННОГО МАКРОПРЕПАРАТА ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ Хамидов Ф.Ш., Нишанов Ф.Н., Нишанова Д.Ф.	856
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН Хамраев О.А., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Абдулазиев С.А., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.	857
МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН МЕЪДА САРАТОНИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ Д.Ш. Ҳасанов, Ж.Д. Шўхратбеков	857
ЖИҒАР ХАВҒЛИ ЎСМАЛАРИНИНГ ИНТЕРОПЕРАЦИОН ДЕСТРУКЦИЯ УСЛУБИ Д.Ш. Ҳасанов, Д.З.Мамарасулова	858
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА ЖЕЛУДКА. Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д. З., Хакимов Т.А.	858
ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. Жалолов О.К., Хасанов Д.Ш., Хакимов Т.А., Солижонов О.Н.	859
БИРЛАМЧИ ЖИҒАР САРАТОНИ ТАРГЕНТ ХИМИОТЕРАПИЯСИ Ҳасанов Д.Ш.	859
THE CLINICAL EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME Khodjimatom G.M., Khamdamov X.X., Mamadiev A.M., Yahyoev S.M., Tojiboev B.	859
THE PROPHYLAXIS OF PROGRESSING OF SUPPURATION AND INFLAMMATION PROCESSES OF COLOSTOMY IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD Khodjimatom G.M., Yahyoev S.M., Tojiboev B., Jurayev G. G.	861
THE CLINICAL EXPERIENCES ON TREATMENT OF THE ACUTE OBSTRUCTION OF SIGMOID COLON IN ANDIJAN BRANCH OF THE REPUBLICAN RESEARCH CENTRE EMERGENCY MEDICINE IN UZBEKISTAN Khojimatom G.M., Mamadiev A.M., Yahyoev S.M.	861
ХИРУРГИЯ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТЕНОЗОВ. Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я.	862

ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ. Худайберген Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я.	863
ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ Хусанов Ш.Р.	864
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ Хусанов Ш.Р.	865
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Шаджалилова М.С., Осипова Е.М., Бурибаева Б.И.	865
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Садикова Д.И., Абдулазизов С.А., Хужамбердиев У.Э.	866
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ Шайхова Г.И., Касымов А.Л., Бутабоев Ж.М., Касымов Н.А., Азимов А.А., Корихонов Д., Хайруллаев М.	866
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ Шайхова Г.И., Касымов А.Л., Батабоев Ж.М., Касымов Н.А., Азимов А.А.,	867
ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА Шарипов И.Л.	868
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ. Шарипов Р. О.	869
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. Шарипов Р. О.	870
СВЯЗЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ. Шарипова П.А., Мирзаахмедова Н.А.	870
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПО ПАТОФИЗИОЛОГИИ Шарипова П. А., Шахабутдинов З.С.	871
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ П.А.Шарипова, З.Р.Жураева, Т. Абдулазизов	871
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА П.А.Шарипова, Б.Б. Оганиязов	872
ЙЎҒОН ИЧАК ТЎЛИҚ ОЛИБ ТАШЛАНИШИ ОҚИБАТИДА МЕЪДАНИНГ МОТОР-ЭВАКУАТОР ФАОЛИЯТИНИНГ ДАВРИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ Шерматов Р.М., Мелибоев Т.Т.	872
ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИОГЛОБИНА ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Шерматов Р.М., Мелибоев Т.Т.	873
ПОСТЭСТРАКЦИОННАЯ АУГМЕНТАЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ЛУНОК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРЕФОКСЕНОТРАНСПЛАНТАТА Шадиёв С.С., Мусурманов Ф.И., Усмонов Р.Ф.	874
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Шофотихов А.Ф., Билалов Э.Н., Акбарова Д.С.	874
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ Эгамов Б.Т., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Авазов А.А.	876
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА Эгамов Б.Т., Мустафакулов И.Б., Мизамов Ф.О., Тагаев К.Р.	876
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А.	877
СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА Эгамов Ю. С., Умурзаков С.К.	878
ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Эгамова М. Т., Усманходжаева А.А., Матмуродов Р. Ж	879
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМАХ Элмуродов Г.К., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А., Умедов Х.А.	879

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КАТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Эргашев Х.М., Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаева К.Х., Кудратова Д.Я.	880
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ Эргашев Х.М., Абдуллаев А.С., Собиров М.С., Абдуллаева К.Х., Кудратова Д.Я.	881
ИСХОДЫ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РАЗЛИЧИЯ ВЫЖИВШИХ И УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ АТОНИЧЕСКОЙ КОМЫ Эргашев Х.М., Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаева К.Х., Кудратова Д.Я.	881
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРГАЛСА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА Эшбадалов Х.Ю., Тешабоев М.Г., Мансурова Ф.Х., Халилова Б.Р..	882
ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ФИКСАЦИЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ Юлдашев А.А., Туланов Д.Ш., Шамирзаев Х.Д.	882
ТОШЛИ ПИЕЛОНЕФРИТДА БУЙРАКДАГИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯНИ БУЗИЛИШНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРИ Юлдашев Р.Р. Кадиров Ш.Н.	884
СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ БУЙРАК ТОШ ХАСТАЛИГИДА ТАШРИХДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ Юлдашев Р.Р., Кадиров Ш.Н.	884
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНУПРЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТОМ Юсупов М.М., Абдумаликов И.М.	885
SUCCESSFUL TREATMENT METHODS OF VASOMOTORIC-ALLERGIC RHINITIS Yusupov M.M., Abdumalikov I.M.	885
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА Юсупов Н.Ш.	886
ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА Юсупова М.А., Рахманова Д.С.	886
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Юсупова М.А., Рахманова Д.С.	887
IV - Медико-биологическое	889
ДАВОЛАШ-ТАШХИСЛАШ ЖАРАЁНИНИ АВТОМАТЛАШТИРИШ УЧУН ИНТЕЛЛЕКТУАЛ АХБОРОТ-КОММУНИКАЦИЯ ТИЗИМЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ Абдуманонов А.А.	889
ПИЩЕВАРЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА Абдунабиева Х.М., Тоджибаева Н.Л., Ахмедов Ш.С., Умарова М.З., Жалолов Р.Ж.	890
ТАСАВВУФ ИЛМИГА ОИД ЯНГИ БИР РИСОЛА Азимов Ашурали Меҳмонбоевич	890
ТАСАВВУФ ИЛМИГА ОИД ЯНГИ БИР РИСОЛА Азимов Ашурали Меҳмонбоевич	891
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА 55 ЛЕТ И СТАРШЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ Акбарова Г.Х.	891
ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ОСНОВА БУДУЩЕГО ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ Акбарова Г.Х., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С.	892
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСИЛЕНИЯ СТАРШЕ 50 ЛЕТ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ Акбарова Г.Х., Худойбердиева Х.Т.	892
ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ПОТЕРЬ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Алибеков О., Чартаков Д., Маматалиева М.	893
ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ СРЕДИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ Г. АНДИЖАН Алибеков О., Чартаков Д., Маматалиева М.	893
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Алибеков О.О., Чартаков Д.К., Маматалиева М.А.	894
КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ФУНДАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ Алиев Х.М.	894
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ Алиев Х.М.	895

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕРХНЕЙ, СРЕДНЕЙ, НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПОЧКИ КРЫС Алиев Х.М., Шокаримова Н.В.	896
ОСОБЕННОСТИ ГИСТОСТРУКТУРЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЛЫХ КРЫС Алиев Х.М., Акбарова М.Д.	896
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРАВОЙ, СРЕДНЕЙ, ЛЕВОЙ И ХВОСТАТОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ КРЫС Алиев Х.М., Шаробидинов Б.Т.	896
МУЛОҚОТ - ПЕДАГОГИК ФАОЛИЯТДА ЭНГ МУҲИМ КАСБИЙ ҚУРОЛ Ахунова М.Р., Рахматова З.М.	897
ТИЛ ТАРИХИ Ахунова М.Р., Рахматова З.М.	897
МУЛОҚОТ – ҲАМКОРЛИК ФАОЛИЯТИНИНГ ЭҲТИЁЖИ Ахунова М.Р., Рахматова З.М.	898
СОЦИАЛЬНО - ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ТРАНСФОРМАЦИИ ФЕНОМЕНА СВОБОДЫ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ Бадалбаева И.Х.	898
ТЕХНОНАУКА В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ, СУБЪЕКТНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ВЫЗОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ Бадалбаева И.Х.	899
ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ТИПА ТРУДА: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ Бадалбаева И.Х.	900
ФЕРМЕНТОВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ИНТРАДУОДЕНАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АМИЛАЗЫ Байбекова Г.Д.	901
ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ИХ РОЛЬ В КОРРЕКЦИИ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Байбекова Г.Д.	902
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Байбекова Г.Дж., Зулунова И.	903
ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У ШКОЛЬНИКОВ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПОКОЕ И ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ Байбекова Г.Дж., Зулунова И.	903
АТРОФ МУҲИТ ВА ИНСОНЛАРНИ САНОАТ ЧИКИНДИЛАРИ ТАЪСИРИДАН МУҲОФАЗА ҚИЛИШ Бекиева М.Ж.	904
ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИГРЫ КАК СРЕДСТВА ВОСПИТАНИЯ Буранова Н.Ш.	905
ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИГРЫ КАК УМСТВЕННОГО ДЕЙСТВИЯ Буранова Н.Ш.	906
ЗНАЧЕНИЕ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ШКОЛЬНИКА Буранова Н.Ш.	907
ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ Буранова Н.Ш.	906
НОВЫЙ ПОДХОД К МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БИФИДОБАКТЕРИЙ Бурибоева З.У.	908
РАЗРАБОТКА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕД ДЛЯ ИНДИКАЦИИ САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ Бурибоева З.У.	908
ТИББИЁТДА ФРАКТАЛ ЁНДАШУВ: ФАЛСАФИЙ ТАҲЛИЛ Ғаффарова Г.Ғ.	909
ОСНОВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОРОВ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РАЗДЕЛЕНИЯ СИГНАЛОВ Гоипов Э.А., Хомидов М.Э	910
АУДИТОРНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ВУЗАХ НЕЯЗЫКОВЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ Гофурова Ю.К.	910
ПЛАНИРОВАНИЕ МЕР ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ Гофурова Ю.К.	911
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ В ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАШЕГО ОБЩЕСТВА Гофурова Ю.К.	911
ИЗУЧЕНИЕ ЯЗЫКОВ И ЕГО РОЛЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА Гофурова Ю.К.	912
ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭЛЕКТРОЛИТА НА ОСНОВЕ РАСТЕНИЯ РОГОЗЫ Гуламов Ш.А., Муминова Г.М., Худойбердиева Х.У.	912
ДЕФОРМАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖИВЫХ ТКАНЕЙ ОРГАНИЗМА	913

Гуламов Ш.А., Наимов Э.Г.	
АХБОРОТ-КОММУНИКАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ ЎРНИ	913
Девятков С.А., Минаваров Р.А.	
ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА И МЕТАБОЛИЗМА ЛИМФОЦИТОВ ОТ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО	914
Джалалова О.К., Хамрокулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Шерматов И.Х.	
ВЛИЯНИЕ СТРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ	914
Джалалова О.К., Хамрокулов Ш.Х., Тоджибаева Н.Л.	
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЖИРОВ В БЕЛКОВО-ЖИРОВЫХ СУБСТРАТАХ НА ПРОТЕОЛИТИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОГО И ЖЕЛУДОЧНОГО СОКОВ	915
Джалалова О.К., Алейник В.А., Хамрокулов Ш.Х., Хужаков М.О.	
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТЕРМИИ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ	916
Жалолов Р.Ж., Тоджибаева Н.Л., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.	
ТЕКНАЗОЛ КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗОВ	916
Загруднинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Мамадалиев Ш.И., Пулатов М.Д.	
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕПАРАТАМИ ВАЛЬСАКОР И ВЕРОШПИРОН	917
Загруднинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Мамадалиев Ш.И., Пулатов М.Д.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	917
Загруднинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Махмудова К.А., Пулатов М.Д.	
АДАПТАЦИОННАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	918
Загруднинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Махмудова К.А., Пулатов М.Д.	
КЛИМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	919
Зияева Ш.Р., Жураева М.А., Абдуллаева М.А., Абдуллаев Р.Н.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	920
Зияева Ш.Р., Жураева М.А., Абдуллаева М.А., Абдуллаев Р.Н.	
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ ОРГАНИЗМА	920
Зулунова И.Б.	
СОСТОЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗЕРВОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	921
Зулунова И.Б., Худоярова А.Г., Байбекова Г.Д.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ И ТРАВМ	922
Ибрагимов Л.М.	
ВИРУЛЕНТНЫЕ СВОЙСТВА СТАФИЛОКОККОВОЙ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ	923
Ибрагимов Л.М.	
К ВОПРОСУ О СЕМАНТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ	924
Икрамова Х.М.	
ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ТЕРМИНАМ И ТЕРМИНОСИСТЕМАМ	924
Икрамова Х.М., Мамаджанова М.Р.	
АНТОНИМИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНАХ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМЫ	925
Икрамова Х.М.	
ВЛИЯНИЕ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СПОРТСМЕНОВ	925
Исмагова М.И.	
МУАММОЛИ ЎҚИТИШ – ТАЪЛИМ БЕРИШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛИ	926
Қўзиева М., Ўрокова О.	
ТАЪЛИМДА НОАНЪАНАВИЙ МЕТОДЛАРНИНГ ҚўЛЛАНИЛИШИ	927
Қўзиева М.	
Ўқув мақсадлари – ўқув натижаларининг кафолати	927
Қўзиева М., Бекиева М.	
КОМИЛ ИНСОННИ ТАРБИЯЛАШДА ПЕДАГОГИК ФАОЛИЯТНИНГ МАЗМУНИ	928
М.Қўзиева, М.Бекиева	
ПЕДАГОГИК ЖАРАЁНДА ИНСОННИЙ-ШАХСИЙ ЁНДАШУВ	929
Қўзиева М., Ахмедова Ш.	
ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ – ЎҚИТИШГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ СИФАТИДА	929
Қўзиева М., Бекиева М.	
МОДУЛЛИ ЎҚИТИШ – ЎҚИТИШНИНГ ИСТИҚБОЛЛИ ТИЗИМИ	930
Қўзиева М., Ахмедова Ш.	
ҲАМКОРЛИҚДА ИШЛАШ – КАФОЛАТЛАНГАН НАТИЖА	930
Қўзиева М.	
ТАЛАБАЛАРГА МАЪНАВИЙ, АХЛОҚИЙ ТАРБИЯ БЕРИШДА МИЛЛИЙ МАЪНАВИЙ МЕРОСДАН ФОЙДАЛАНИШ АСОСЛАРИ	931
Қўзиева М.М., Гофурова Ю.К.	
ФОРМИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ФИБРОЗНЫХ БЛЯШЕК В АОРТЕ	931

Латипжонов Ф., Маматалиев А.Р., Маматалиева М	
ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРИРОДНЫХ ВОЛОКОН РОГОЗЫ Мамадалимов А.Т., Муминова Г.М., Гуламов Ш.А.	932
МОТИВАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ КАК РАЗВИТИЕ ПОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ Мамаджанова М.Р.	932
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПЕДАГОГА В УСЛОВИЯХ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ Мамаджанова М.Р.	933
ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.	933
ВИДЫ ПИСЬМЕННЫХ РАБОТ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ ГРУПП НАУЧНОМУ СТИЛЮ РЕЧИ Мамаджанова М.Р.	934
ХОРОШАЯ РЕЧЬ-ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА ОБРАЗОВАННОГО ЧЕЛОВЕКА Мамаджанова М.Р.	935
ДЕЛОВЫЕ И РОЛЕВЫЕ ИГРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ Мамаджанова М.Р., Ахмедова Н.Д.	935
ОИТС КАСАЛЛИГИНИ ҚЎЗГАТУВЧИ ВИРУСНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИ Мамадиев М.Р., Рахмонов Р.Р., Юнусова Д.Д., Курбонова Н.К., Маннаббоева Г.Х.	936
ОТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)- БИОЛОГ НАЗАРИДА Мамадиев М.Р., Юнусова Д.Д., Аманов К., Муминова К.Т., Курбонова Н.К.	937
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ И ИХ ОБРАТИМОСТЬ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЛАДЫГ ИНОЗИДОМ Маматалиев А.Р., Саиджанова Ф., Маматалиева М.	937
ВИРТУАЛЬНАЯ АУТОПСИЯ, РАДИКАЛЬНО НОВЫЙ ПОДХОД Маматалиев А.Р., Шакиров С.А.	938
ВОЗВЫШАЮЩИЕСЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ Маматалиева М., Маматалиев А.Р., Саиджанова Ф.	938
СКРИНИНГ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ ГОРОДА АНДИЖАН Маматалиева М., Чартаков Д., Алибеков О.	939
ЗАМОНАВИЙ АВТОМОБИЛЛАР АВТОХАЛОКАТЛАРИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР Маматалиева М.А., Нурматов Х., Шакиров С.	939
НЕКСИЯ» ВА «ДАМАС» АВТОМОБИЛЛАРИ АВТОХАЛОКАТЛАРИДАГИ КОНТАКТЛИ ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ Маматалиева М.А., Нурматов Х., Шакиров С.	940
АВЕСТАДА ПОКЛАНИШ ИМПЕРАТИВИНИНГ ЗАМОНАВИЙ АҲАМИЯТИ Махмудова Г.Т.	940
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИ ҲАҚИДА Махмудова Ҳ.Т. Рахматшоев.М.	941
ИЗУЧЕНИЕ АНТИБИОТИКО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВЫДЕЛЕННЫХ МИКРОБОВ ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Сахаталиева Р.Р., Бекташев И.Б., Яминова Н.Х.	942
ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРУПШЕНИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Усманова С.О., Бекташев И.Б., Мухтаров З.М.	943
ВЛИЯНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ НА ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Бекташев И.Б., Дилшодов А.Д., Усманова С.О.	943
КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Сапиохунова Х.М., Бекташев И.Б., Дилшодов А.Д.	944
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТОКСИКОМАНИЕЙ Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Бекташев И.Б., Сахаталиева Р.Р., Мухтаров З.М.	944
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Мадумарова М.М., Якубова Р.М., Сапиохунова Х.М., Бекташев И.Б., Яминова Н.Х.	945
АҲБОРОТ-КОММУНИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ ЎРНИ Минаваров Р.А., Девятков С. А.	946
СЕМАНТИКА ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ ЕДИНИЦЫ В ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ Минаварова Г.М.	946
НОВЫЙ УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ Минаварова Г.М.	947
ФОРМИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ В ИНСТИТУТЕ	947

Минаварова Г.М.	
ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ БАЗЫ	948
Минаварова Г.М.	
ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ	949
Г.М.Минаварова	
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	950
Г.М.Минаварова	
ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	950
Г.М.Минаварова	
ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЕ В ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ	950
Минаварова Г.М.	
НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ «ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ»	951
Минаварова Г.М.	
СОЗДАНИЕ СВОБОДНОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	952
Минаварова Г.М., Г.И. Хаитбаева	
ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ МЕТОДЫ ПРАВИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ	952
Наджимова З. Н., Ходжаева И.А.	
АВТОҲАЛОКАТЛАРНИНГ 1-ФАЗАСИДА УЧРАЙДИГАН ЖАРОҲАТЛАРНИ СУД -ТИББII ЭКСПЕРТИЗАСИ	952
Нурматов Х., Маматалиева М.А., Шакиров С.	
ПАМЯТЬ – ПАВШИМ, ПОЧЕСТИ – ЖИВЫМ	953
Нурматова Н.Н., Турсунова Д.	
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ПАРҲЕЗ ОВҚАТЛАНИШНИ БАҲОЛАШ	953
Отажонов И.О.	
ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И УРОВНЯ ГОРМОНОВ В СЛЮНЕ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДОВОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА НА ЭТАПЕ ВЫСШЕГО СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА	954
¹ Разумеева С.А., ¹ Лысанов Г.А., ¹ Макаров Е.А., ¹ Мирзаева З.А., ^{1,2} Соломатина Л.В., ^{1,2,3} Зотова Н.В.	
ҒАРБ ЁШЛАРИ СУБМАДАНИЯТИНИНГ БИРЛАШГАН ЙЎНАЛИШЛАРИ	954
Рахматова З.М., Ахунова М.Р.	
ОИЛАДА БОЛА ТАРБИЯСИ	956
Рахматова З.М., Ахунова М.Р.	
НОРАЦИОНАЛ ОКСИЛЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ АЦИНОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ	956
Рахмонов Р.Р., Камолдинова Р.А., Умарова З.М	
МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ	957
Сайдуллаев Т., Алиев Х.М.	
ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АТЕРОСКЛЕРОЗ	957
Сайдуллаев Т., Алиев Х.М.	
ОЛИЙ ТАЪЛИМДА ТИББII БИОЛОГИК ФАНЛАРНИ МОДУЛЛИ ЎҚИТИШ ТАЖРИБАСИДАН	958
Сайдуллаев Т., Рахмонов Р., Умарова Н.	
ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДА ИННАВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАР	958
Сайдуллаев Т.С.	
FEATURES OF NUTRITION AND HYGIENE OF THE ORAL CAVITY UNDER CONDITIONS OF SELF-INSULATION	959
Salakhov A.K. ¹ , Sorokina A.A. ² , Ksembaev S.S. ¹ , Losev F.F. ²	
ЯНГИ СУҒОРИЛАДИГАН ЕРЛАРДА ТАШКИЛ ЭТИЛГАН КОЛХОЗ ВА СОВХОЗЛАРГА АҲОЛИНИНГ КЎЧИРИЛИШИ (XX АСРНИНГ 50-60 ЙИЛЛАРИ)	959
Саттаров Акрам Мадаминович	
ТАСАВВУФ ИЛМИГА ОИД ЯНГИ БИР РИСОЛА	960
Азимов Ашуралли Меҳмонбоевич	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ ИНФЕКЦИИ СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ	961
Даминова М.Н., Расулова З.Д., Абдуллаева О.И., Каримова З.К., Ибрагимова Х.Н.	
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТРОВКОВОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС С ВОЗРАСТОМ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ДИАБЕТОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	962
Клюева Ю.Н. ¹ , Данилова И.Г. ^{1,2} , Емельянов В.В. ¹ , Гетте И.Ф. ^{1,2} , Трофимова Е.А. ¹	
МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ МАҚСАДИ, МУАММОЛАРИ	962
Тияходжаева Гулбахор Ботировна	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА	963
Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Хамракулов Ш.Х., Саиджанова Ф.Л., Вахобов Л.	
ВЛИЯНИЕ ГИПОКИНЕЗИИ, ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ, ИНСОЛЯЦИИ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ	964
Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Умарова М.З., Абдунабиев Х.М., Ахмедов Ш.С., Мамажонов З.А.	

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В КРОВИ ПРИ ВЛИЯНИИ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ Тоджибаева Н.Л., Умаров М.З., Абдунабиева Х.М., Вахобов Л., Ахмедов Ш.С., Мамажонов З.А.	964
ВЫДЕЛЕНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В СОСТАВЕ СЛЮНЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Хамракулов Ш.Х., Умарова М.З., Саиджанова Ф.Л., Мамажонов З.А.	964
ИЗМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВЛИЯНИИ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ Тоджибаева Н.Л., Абдунабиева Х.М., Умарова М.З., Ахмедов Ш.С., Вахобов Л.	965
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНА ГОМЕОСТАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Хамракулов Ш.Х., Саиджанова Ф.Л., Вахобов Л.	965
ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ. МЕТОДЫ ПРАВИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ Турдиева К.Ш., Холова Н.Р., Каримова М.Ю., Мирхошимов М.Б.	965
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Турсуметов А.А., Сабирматов А.А.	966
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Мамажонов З.А., Умарова З.М., Тулянова Д.Я., Тожибоева Н.Л.	967
АНДИЖОН ВИЛОЯТИ АНДИЖОН ШАҲРИ ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ ЎҒИЛ ВА ҚИЗ БОЛАЛАР ЮЗИ МОРФОЛОГИК ВА ФИЗИОНОМИК БАЛАНДЛИГИНИНГ ЎСИШ ДИНАМИКАСИ Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Умарова З.М., Тулянова Д.Я., Мамажонов З.А., Тожибоева Н.Л.	967
ИНДЕКС СИНДРОМАЛЬНОСТИ ПО ВЕДУЩИМ ДИЗМОРФИЯМ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОВОДИМОСТИ И СЛОЖНЫМИ ВИДАМИ АРИТМИИ Улугбеков М., Холматов Д.Н., Ефименко О.В., Ганиева М.Ш.	968
ПАСТКИ ЖАҒ ТАНАСИ БАЛАНДЛИГИНИНГ ЎСИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., Тулянова Д.Я., Умарова М.З., Мамажонов З.А.	968
СЕКРЕЦИЯ ФЕРМЕНТОВ СЛЮННЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА Умарова М.З., Жалолов Р.Ж., Тоджибаева Н.Л., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.	968
ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ОКОЛОУШНОЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗ Умарова М.З., Тоджибаева Н.Л., Жалолов Р.Ж., Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.	969
ЮКЛАМАЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ Умарова Н.А., Рахмонов Р.Р., Умарова З.М.	969
ОВҚАТЛАНИШ РАЦИОНИДА ОҚСИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ Умарова Н.А., Камолдинова Р.А., Умарова З.М.	970
ОҚСИЛ ЮКЛАМАЛИ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАР УМУМИЙ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ Умарова Н.А., Рахмонов Р.Р., Умарова З.М.	970
ОҚСИЛ ЮКЛАМАЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ Умарова Н.А., Рахмонов Р.Р., Умарова М.	970
ОВҚАТЛАНИШ РАЦИОНИДА ОҚСИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ Умарова Н.А., Камолдинова Р.А., Умарова З.М.	971
НОРАЦИОНАЛ ОҚСИЛЛИ ОВҚАТЛАНИШДА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ АЦИНОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ Рахмонов Р.Р., Камолдинова Р.А., Умарова З.М.	971
ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИЛГАН ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ – ЗАМОНАВИЙ ЎҚИТИШ ВОСИТАСИ Қўзиева М., Ўринбоева Б.	972
МАНТИҚИЙ ФИКРЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА ЎЙИН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН САМАРАЛИ ФОЙДАЛАНИШ УСУЛЛАРИ Қўзиева М., Ўринбоева Б.	972
ХОТИРА ЎЗЛИКНИ АНГЛАШ-МУҚАДДАС ТУЙҒУ Ўрокова О.Ж.	973
ЎЗБЕКИСТОНДАГИ ДЕМОГРАФИК ЖАРАЁНЛАР ХУСУСИДА Хаджамуратова М.Х.	973
БАРКАМОЛ АВЛОДНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ОНА ВА БОЛА САЛОМАТЛИГИГА ЭЪТИБОРНИНГ АҲАМИЯТИ Хаджамуратова М.Х.	974
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВИТИЯ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Хажиматов Р.С., Хасанова Ш.А., Салиева М.Х.	974
НЕКОТОРЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В СТАЦИОНАРЕ Хажиматов Р.С., Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х.	975
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ У НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	975

Хакимов З., Маматалиева М.А., Нурматов Х.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЗОБОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	976
Хакимов З., Маматалиева М.А., Нурматов Х.	
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	976
Хакимов З.К., Исроилов Р.И., Маматалиев А.Р.	
АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ЕЁ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА	977
Хамракулов Ш.Х., Чартаков К.Ч., Чартакова Х.Х., Хужаков М.О., Тожибоева Н.Л.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕН А В ВЫРВАННЫХ ВОЛОСАХ МЕТОДОМ АФФИННОЙ ХРОМАТОГРАФИИ	977
Хасанова М.А., Усманов М.Н.	
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА– ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА С ДЕТСТВА	977
Хасанова Ш.А., Шоюнусова Н.Ш., Салиева М.Х.	
АРХИТЕКТУРА И ПРОЕКТИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕССОРОВ	978
Худайбердиева Х.У., Хомидов М.Э.	
ОММАВИЙ МАДАНИЯТНИНГ ЁШЛАР ОНГИГА ТАЪСИРИ	979
Худайбердиева Х. Ў.	
ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАГАЗОВАННОСТИ УЧАСТКОВ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К ОСНОВНЫМ МАГИСТРАЛЯМ ГОРОДА	979
Худоярова А.Г.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТИ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЁ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ	980
Худоярова А.Г.	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕГРАДУАЦИИ АПУДОЦИТОВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГОЛОДАНИИ	980
Хусанов Э.У., Коржавов Ш.О.	
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ	981
Хусинова Ш.А.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МОНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ БИОХИМИИ	981
Чалабоева З.М., Шавкатжонов З. А.	
ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	982
Чартаков Д.К., Маматалиева М.А., Алибеков О.О.	
ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОСНОВНЫХ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	983
Чартаков Д.К., Маматалиева М.А., Алибеков О.О.	
ДИЗИОНИЯ И ЕЁ СВЯЗЬ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	983
Чартаков Д.К., Маматалиева М.А., Алибеков О.О.	
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА КАРДИАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИИ ЛЮДЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В АВТОМОБИЛЕСТРОЕНИИ	984
Чартаков Д.К., Алибеков О.О., Маматалиева М.А.	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ И ЕЁ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ РУСЛО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ	984
Чартаков К.Ч., Хамракулов Ш.Х., Чартакова Х.Х., Хужаков М.О.	
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА	985
Чартаков К.Ч., Чартакова Х.Х., Хамракулов Ш.Х., Тожибоева Н.Л.	
МЕХАНИК АСФИКСИЯЛАРНИНГ (ОСИЛИШЛАР) ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ	985
Шакиров С., Маматалиева М.А., Нурматов Х.	
АВТОҲАЛОКАТЛАРДА ҲАЙДОВЧИ ВА ЙЎЛОВЧИЛАРДАГИ ЖАРОҲАТЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ	986
Шакиров С., Маматалиева М.А., Нурматов Х.	
АҲОЛИ САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИНИ ЗАМОНАВИЙ БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	986
Шерқўзиева Г.Ф., Утепова Н.Б.	
ПЕДАГОГЛАРНИНГ КАСБИЙ КОМПЕТЕНТЛИГИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАЗМУНИ	987
Шоюнусова Н.Ш., Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х.	
ОИТС ГА ҚАРШИ ДАВО ЗАРДОБИ ОЛИШ МУМКИНМИ ЁКИ ЙЎҚ	988
Юнусова Д.Д., Мамадиев М.Р., Рахмонов Р.Р., Аманов К., Курбонова Н.К., Маннаббоева Г.Х.	
РЕТРОВИРУСЛАР КЕЛТИРИБ ЧИҚАРАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР	989
Юнусова Д.Д., Рахмонов Р.Р., Сайдуллаев С.Т., Мунинова К.Т., Маннаббоева Г.Х.	

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ BERBERIS VULGARIS Юсупов М.М., Муминова Г.А.	990
СТРОЕНИЕ АМУРЕНИНА Юсупов М. М., Муминова Г.А.	991
НОВЫЙ АЛКАЛОИД ИЗ BERBERIS VULGARIS М. М. Юсупов, Г.А. Муминова	991
СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ПАЛЬМАТИН ЙОДИДА Юсупов М. М., Муминова Г.А.	992
СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ МАГНОФЛОРИН ЙОДИДА Юсупов М. М., Муминова Г.А.	992
ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ BERBERIS HETEROPODA Юсупов М. М., Муминова Г.А.	993
N- МЕТИЛДИГИДРОБЕРБЕРИН ИЗ РАСТЕНИЙ В. HETEROPODA Юсупов М. М., Муминова Г.А.	993
N-ДИМЕТИЛГЕЛИАМИН-ИЗ РАСТЕНИЙ В. AMURENSIS. Юсупов М. М., Муминова Г.А.	993
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И УРОВЕНЬ ИНГИБИНА В У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТЬЮ Ярмухамедов А.С., Файзуллаева Н.Я., Мусаходжаева Д.А.	994
ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ В РАЦИОНЕ ПИЩИ Хурматов Х., Икромов Г.А., Рахмонов Р.Р.	994
ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ Рахмонов Р.Р., Икромов Г.А., Х. Хурматов	995
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ АЦИНОЦИТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ Рахмонов Р. Р., Х. Хурматов, Икромов Г.А	995
LIGHTWAY INNOVATIVE DEVICE: FROM MANUFACTURE TO PRACTICE Adizova D.R., Ibrohimova D.B.	996
AXBOROT KOMMUNIKATSIYA TEXNOLOGIYALARIDAN FOYDALANISH - IJTIMOYIY BUYURTMANING SIFAT KO'RSATKICHI Axunova M.R., Rahmatova Z.M.	996
GLOBALASHUV JARAYONIDA YOSHLARNI G'OYAVIY VA AXBOROT HURUJLARIDAN HIMOYA QILISH Axunova M.R., Rahmatova Z.M.	997
KASBIY TA'LIMDA TARBIYANI TO'G'RI TASHKIL ETISH Axunova M.R., Rahmatova Z.M.	997
OZIQ-OVQAT MAHSULOTINING SIFATI VA XAVFSIZLIGI Bekiyeva Malika Jamoldinovna	998
DETERMINATION OF THE NUMBER OF LACTOBACTERIA IN LACTIC ACID PRODUCTS Dadakhanova R.A.	999
COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MICROFLORA OF THE INTESTINE IN HEALTHY CHILDREN AND CHILDREN WITH ATOPIA Dadakhanova R.A.	1000
RESEARCHING OF TECHNICAL METHODS IN ULTRASOUND DIAGNOSIS Gulomov Sh.A., Ubaydullayeva G.X.	1000
YARIMO'TKAZGICHLI LAZERLARNING DERMATOLOGIYA SOHASIGA QO'LLASH TAJRIBASIDAN Jo'rayev D., Artiqov A.	1001
INTERLEUKIN BLOOD LEVEL IN PATIENTS WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS LAMBLIOZA Khajimatov R.S., Khajimatova G.M.	1002
EXPERT ASSESSMENT OF DAMAGES OF THE ORGANS OF THE CHEST CELL IN CONNECTION WITH THE INJURIES OF OTHER SKELETON BONES Khajimatov R.S., Khajimatova G.M.	1002
PROCESSING MEDICAL IMAGES USING COMPUTER SIMULATION IN MATLAB Khomidov M.E	1003
APPLICATION OF WAVELET TRANSFORM TO THE PROCESSING OF MEDICAL SIGNALS AND IMAGES Khomidov M.E	1003
GIPOTIREOIDIZMGA OLIB KELUVCHI ETIOLOGIK OMILLAR VA BUNDA KUZATILADIGAN BELGILAR Mo'minova G.A., Boboxanov X.M.	1004
BILIRUBIN MIQDORINING NORMADAN O'ZGARISHIGA OLIB KELUVCHI PATOLOGIK VA FIZIOLOGIK HOLATLAR Mo'minova G.A., Boboxanov X.M.	1005
OILA-INSON BESHIGI Qo'ziboyeva M., Qodirova D.	1006
AYOL -JAMIYATNING FAOL KUCHI	1006

Qo'ziboyeva M., Qodirova D.	
TA'LIMDA MILLIY QADRIYATLARNING AHAMIYATI Rahmatova Z.M., Axunova M.R.	1007
TARBIYA JARAYONIDA KITOB, KINO VA MUSIQANING O'RNI Rahmatova Z.M., Axunova M.R.	1008
TARBIYANING TARBIYADAN FARQI Rahmatova Z.M., Axunova M.R.	1008
BARKAMOL AVLOD – MAMLAKATIMIZ TARAQQIYOTI EGALARI Rahmatova Z.M., Axunova M.R.	1009
THE ACTION OF RADIATION ON THE ENZYMES OF THE PANCREAS Zulunova I.B., Hudoyarova A.G., Baybekova G.D.	1010
PANCREATIC ENZYMES IN THE γ - IRRADIATION Zulunova I.B.	1011
РОЛЬ СНЛАМИДИЯ PNEUMONIAE, MICOPLAZMA PNEUMONIAE В РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С РЕЦЕДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ Умарова М.С., Курбанова Э.	1011
ИММУНОПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШЛАРНИ АМАЛГА ОШИРИШДА ХАМШИРАНИ РОЛИ Умарова М.С., Шарифова М.М.	1012
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ Ахрарова Н.А., Колотило К.С.	1012
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА ПРИ АНЕМИИ У МАТЕРЕЙ Ахрарова Н.А., Собитова С.М.	1013
НАРУШЕНИЕ СНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА Азимова Н.М., Ахмедов Н.А.	1013
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ НЕЙРОТОКСИКОЗЕ У ДЕТЕЙ Азимова Н.М. Абдуллаева М.Н.	1014
ТОТОЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА Ашурова Г.З., Қосимов О.У.	1015
ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ Ахмедова Д.С., Бегматов Б.Б.	1015
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТИКОВ У ДЕТЕЙ Зияходжаева Л.У., Бўриев А.	1016
РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Исмаилова М.У. Курбанова Ш.А.	1016
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СУСТАВИТ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА Насырова И.Р., Зулькарнеева С.Д.,	1016
ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ. Маматкулов И.А., Эргашев Р.А	1017
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ Носирова Д.Ш., Болтаев Б. Шукуров Ш.Д.,	1017
ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ИЗОФЛЮРАНОМ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. Маматкулов И.А. Сулаймонов Б.Х	1018
ФАКТОРЫ РИСКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЦП. Омонова У.Т., Бахромова Г.А.,	1018
КЛИНИКО НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ППНС Садыкова Г.К., Бахриев Б.Р.	1019
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ Шорахмедов Ш.Ш. Коллас Е.В.	1019
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ВО ВРЕМЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ Юсупов А.С. Ахмадов Н.М	1020
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМАНТАДИНА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПАРКИНСОНИЗМА Ширматов Ш.А. Коллас Е.В.,	1020
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ Юсупов А.С. Содикжанов Ж. Ш.	1021
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ.	1021

Якубова З.А., Ахмедова М.Б.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ Зокирова Н.З. Турсунова М. А.	1022
РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ТАЗОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Эргашева Н.Н. Саттарова М.	1022
ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ. Тургунова Х.З., Каримова З.К., Исламов А.Й.	1023
РОЛЬ ХАРАКТЕРА ВКАРМЛИВАНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ Ахрарова Н.А., Мирхошимов М.М.	1023
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ. Кадошцева Л.В, Винокурова Е.В.	1024
ДИЕТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ Пулатова С.Ш., Ким Д.Ю.	1024
ИЗУЧЕНИЕ ЛЕГИОНЕЛЛЫ И ЕЁ РОЛЬ В ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ Тургунова Х. З., Каримова З.К.	1025
ЎЗБЕК ТИЛИДА ТИНИШ БЕЛГИЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ Курамбаева Г.К., Рахматуллаева Н.С.	1025
ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Юлдашева Д.С. Хамраева М.Э.,	1026
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ГОРОДА Ищенко И.В., Коллас Е.В.	1026
IMPACTS OF COMBINED GENERAL ANESTHESIA TO COGNITIVE FUNCTION OF CHILDREN AFTER ORTHOPEDIC OPERATIONS Ismailova M.U. Toshboyev D.A.	1027
JIGAR SERROZI RIVOJLANISHI XAVF OMILLARI HAQIDA BEMORLARNING XABARDORLIK DARAJASI Valiyeva T.A. Egamova N.	1027
FEELINGS OF STRESS AS A PHYSICAL AND EMOTIONAL RESPONSE Mirzaeva Sh.R., Yusupova Z.Sh.	1028
SIGNIFICANCE OF ECHOGRAPHY IN THE EARLY DIAGNOSTICS OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN Jonibekov J.J., Kholova Nargis.	1028
СОПОСТАВИТЬ ЭФФЕКТОВ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Муротов Темураликов Низомович	1029